Rok XLIII. Kraków 10 Września 1904. Nr. 37.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniw. lwowskiego Prof. Dr. Gluzińskiego.

## Oznaczanie ilości azotu i białka w treści żołądkowej w celu rozpoznawania raka żołądka (t. zw. metoda Salomona).

Podał

Dr. Marek Reichenstein.

(Na podstawie wykładu, wygłoszonego w Towarz. lekarskiem lwows. dnia 8 kwietnia 1904 r.)

Od lat kilku starano się w Klinice lekarskiej lwowskiej zdobyć podstawy do możliwie wczesnego rozpoznania raka żołądka. Wynikiem tych usiłowań były prace, ogłoszone przez prof. Gluzińskiego[1], [2], które za punkt wyjścia, — obok innych danych, — wzięły zachowanie się HCl treści żołądkowej wśród rozmaitych warunków.

Późniejsze też pojawienie się pracy Salomona z kliniki Noordena[3], dochodzącego na innej drodze do ścisłego rozpoznania początkowych zmian rakowych żołądka, skłaniało z natury rzeczy do sprawdzenia uzyskanych przez Salomona wyników.

Zachęcony tedy przez szefa mojego prof. Gluzińskiego, któremu raz jeszcze niech mi wolno będzie podziękować za cenne wskazówki przy pracy, podjąłem się poruczonego mi zadania.

Tok rozumowania Salomona jest następujący:

Z powierzchni rakowego nowotworu żołądka wydziela się zawsze pewna ilość surowicy, której nie wydziela błona śluzowa żołądka niezmienionego, ani powierzchnia wrzodu okrągłego. Należy tedy oczyścić tylko żołądek z zalegającej treści białkowej, następnie zakazać choremu przyjmowania przez noc całą wszelkich pokarmów i płynów i oznaczyć dnia następnego, kiedy surowica już się nagromadziła, azot treści, wydobytej po wlaniu pewnej ilości fizyologicznego roztworu soli, aby „cyfrowo" już nawet porównywać jeden żołądek badany z drugim. W raku żołądku liczba azotu przekracza 20 mg. w 100 ctm. treści wydobytej lub też daje z odczynnikiem Esbacha szybko powstający strzępiasty osad między $^1/_{16}$ a $^1/_2\,^0/_{00}$, — we wrzodzie żołądka liczba azotu nie jest nigdy tak wysoka.

W badaniach moich, odbiegając tylko w niektórych punktach od sposobu Salomona, używałem następującego sposobu:

Choremu badanemu podaje się w ciągu dnia przygotowawczego wyłącznie pokarmy płynne: przedpołudniem mleko, kleiki itd., popołudniu od godziny 1-ej płyny bezazotowe, jak herbata, wino. O godzinie 8. wieczorem przepłukiwałem żołądek zapomocą aspiratora Jaworskiego ogrzanym fizyologicznym roztworem soli tak długo, aż treść odpływająca była wodojasna. Przez całą noc chory żadnych pokarmów, ani płynów nie pobiera. Dnia następnego rano po wlaniu 400 ctm. ogrzanego fizyologicznego roztworu soli aspiruję wlany płyn, wlewam go z powrotem do żołądka, celem dokładniejszego opłukania błony śluzowej żołądka, znowu aspiruję, poczem oznaczam w treści wydobytej N metodą Kjeldahla i białko odczynnikiem Esbacha.

Ogółem wykonałem 18 prób na 14 chorych.

W 3 przypadkach u chorych, nie dotkniętych cierpieniami organicznemi żołądka, ilość N w 100 ctm. treści wydobytej wahała się między 6 a 12 mg., przyczem odczynnik Esbacha nie sprawiał prawie żadnego zmętnienia.

1) Kobieta, *L. M.*, lat 22. *Hemicrania in individ. hysterico.* Po obiedzie kwasota ogólna 39. N 12 mg. Esb. opalescencya.

2) Kobieta, *M. M.*, lat 23. *Hyperacid. digest. in invid. c. taenia sagin.* Po białku prób. kwasota ogólna 48. N 6 mg. Esb. 0.

3) Kobieta, *K. R.*, lat 19. *Neurosis ventr.* Po białku prób. kwasota ogólna. N 9 mg. Esb. 0.

We wrzodzie żołądka spotykałem zgodnie ze spostrzeżeniami Salomona ilości niższe, niż 20 mg., — między 9 a 19 mg

(Cztery przypadki).

1) Mężczyzna, *J. R.*, lat 36. *Ulcus ventriculi.* Zaległości na czczo nie ma. Po obiedzie prób. kwasota ogólna 97, o wolnym HCl 67. Podczas pobytu w klinice przybytek na wadze. N 19 mg. Esb. ślad osadu.

2) Mężczyzna, *J. F.*, lat 27. *Stenosis partis pylor. ventr. post ulcus.* Na czczo 200 ccm. zaległości o kwasocie ogólnej 54. od HCl wolnego 42; pod mikroskopem włókna mięsne, czworniak *(Sarcina)* i t. d. Po obiedzie kwasota ogólna 83, od kwasu solnego wolnego 36. N 16 mg. Esb. lekkie zmętnienie.

3) Kobieta, *R. F.*, lat 50. *Stenosis levioris gradus part. pylor. ventr. post ulcus.* Raz jeden 120 ccm. zaległości o kwasocie 49, o bardzo wyraźnym wolnym HCl. Włókna mięsne nieliczne, czworniak i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota 103. N 10 mg. Esb. 0.

4) Mężczyzna, *M. N.*, lat 20. *Stenosis levioris gradus partis pyloricae ventr. post. ulcus.* Na czczo zaległości 75 ccm. o kwasocie ogólnej 26, HCl wolnego 19; pod drobnowidem włókna mięsne, czworniak i t. d. Po obiedzie kwasota ogólna 96; wolny HCl 58. N 9 mg. Esb. zmętnienie nieznaczne.

Szczególną uwagę zwróciłem na żołądki, rakiem dotknięte. Na 7 przypadkach wykonałem 11 prób, zmieniając i upraszczając je z powodów, które poniżej wyłuszczę.

1) Mężczyzna, *P. W.*, lat 49. *Carcinoma ad partem pyloricam ventr. Stenosis pylori subsq. dilat. ventr.* — Operacya potwierdziła roz-

---

[1] »Gazeta lekarska«, 1902.

[2] A. Gluziński: Ein Beitrag zur Frühdiagnose des Magencarcinoms nebst einigen Bemerkungen über die Aussichten der Radicaloperationen. Mitteil. aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurg. Bd. X. 1902. S. 1.

[3] H. Salomon: Zur Diagnose des Magencarcinoms. Deutsch. med. Woch. 1903. Nr. 31. Str. 546.

poznanie. Zaległości na czczo 300 ccm. o kwasocie 22, bez wolnego HCl; pod drobnowidem duża ilość drożdży, czworniak, włókna mięsne i t. d. Próba Uffelmanna ujemna. Po obiedzie próbnym kwasota 48, od kwasu solnego wolnego 6. N 39 mg. Esbach $^1/_8{}^0/_{00}$ (w treści wydobytej po przepłukaniu na czczo resztki ściętego mleka).

2) Mężczyzna, *M. I.*, lat 56. *Stenosis carcinomatosa partis pyloricae ventr.* Zaległości wynoszą 40—70 ccm. na czczo Kwasota ogólna 6, HCl wolny 0; czworniak, drożdże, liczne zielone nitki wodorostów, włókna mięsne i t. d. Strata na wadze. N 46 mg. Esb. $^1/_8{}^0/_{00}$ (w treści przepłuczynowej na czczo ogromna ilość wodorostów).

3) Mężczyzna, *A. Z.*, lat 34. *Stenosis excess. partis pyloricae ventr. propter carcinoma.* Na czczo zaległości 800 ccm. o kwasocie 56; HCl 0, próba Uffelmana bardzo wyraźna; włókna mięsne, drożdże, pleśnie, długie prątki i t. d. Bardzo szybko postępujące charłactwo rakowe. W ciągu stosunkowo krótkiego czasu strata na wadze 10 kg. Krwawe wymioty. Na drugi dzień po opuszczeniu kliniki chory zmarł. a) N 74 mg. Esb. 0,75$^0/_{00}$ (w treści wydobytej strzępy roślinne). b) N 68 mg. Esb. 1,2$^0/_{00}$ (w treści drobne strzępy mleka).

4) Mężczyzna *B. P.*, lat 45. *Carcinoma ventr. Metastas. peritonaei. Anaemia secund.* Na czczo zaległości 60 ccm. o kwasocie 78; HCl wolny — Uffelm. bardzo wybitny. Włókna mięsne, drożdże, igły kwasów tłuszczowych, długie prątki i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota 11; HCl wolnego brak; Uffelm. dodatni N 19 mg. Esb.: dość szybko występujący, strzępiasty osad $^1/_4{}^0/_{00}$ (w treści wydobytej liczne kuleczki tłuszczu, miazga rozpadowa, resztki mleka ściętego, bakterye).

5) Mężczyzna, *S. D.*, lat 35. *Carcinoma ventr. ad curvatur. major* Wyczuwalny guz. *Achylia gastrica.* Zaległości żadnych nie ma na czczo. Po obiedzie próbnym kwasota 10, HCl wolnego brak. Uffelm. dodatni. N 6 mg. Esbach $^1/_4{}^0/_{00}$.

6) Mężczyzna, *S. M. K.*, lat 36. *Carcinoma ventr. ad partem pyloricam.* Na czczo zaległości 270, o kwasocie ogólnej 89; od kwasu solnego wolnego 57. Pod drobnowidem: włókna mięsne, czworniak (wielka i mała odmiana), długie prątki, drożdże i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota ogólna 37; kwasu solnego brak; Uffelm. dodatni. Charłactwo postępujące. (W kilka tygodni po opuszczeniu kliniki chory zmarł wśród objawów żołądkowych). N 15 mg. Esb. $^1/_8{}^{00}/_0$.

| | | N w mg. | Esbach. | |
|---|---|---|---|---|
| Normalne | L. M. | 12 | opalescencya | I. |
| | M. M. | 6 | 0 | II. |
| | K. R. | 9 | 0 | III. |
| Ulcus rotund. | I. R. | 19 | ślad osad. | IV. |
| | J. T. | 16 | zmętnienie lekk. | V. |
| | R. F. | 10 | 0 | VI. |
| | M. N. | 9 | zmętnienie niezn. | VII. |
| Carcinoma | P. W. | 39 | $^1/_8{}^0/_{00}$ | VIII |
| | M. I. | 46 | $^1/_8{}^0/_{00}$ | IX. |
| | A. Ł. | 74 | 0,75$^0/_{00}$ | X. |
| | „ | 68 | 1,2$^0/_{00}$ | XI. |
| | B. P. | 19 | $^1/_4{}^0/_{00}$ | XII. |
| | S. D. | 6 | $^1/_4{}^0/_{00}$ | XIII. |
| | S. K. | 15 | $^1/_8{}^0/_{00}$ | XIV. |

W dotychczasowem zestawieniu badanych przypadków, uwzględniając tylko cyfry (azotowe i zachowanie się treści z odczynnikiem Esbacha), widać zupełną zgodność naszych z cyframi Salomona.

Nie są one jednak jeszcze wszystkiem. W ciągu badania kilkakrotnie uderzyło mnie, że mimo „najdokładniejszego“ przepłukiwania żołądka pod koniec dnia przygotowawczego — w jednym przypadku (XI) 50 litrami fizyologicznego roztworu soli, w innych (VIII i X) 17 względnie 15 litrów, — przy zwężeniach odźwiernika na tle raka, dnia następnego rano, kiedy według wywodów Salomona należało się spodziewać, że żołądek zastanę pusty, spotykałem jeszcze resztki pokarmowe z dni poprzednich, które z pewnością wpływają na wysokość cyfry azotowej.

A przecież do przepłukiwania żołądka używałem metody aspiracyjnej, gdy Salomon mówi jedynie o sposobie lewarowym („*ausgehebert*“).

Jeśli więc przy naszym sposobie postępowania nie ma mowy o czystym zupełnie — pod względem azotowym naturalnie — żołądku, o ile trudniej wyobrazić to sobie przy zwykłym sposobie lewarowym.

Dlaczegoż więc przy zwężeniach na tle wrzodu zwykłego, kiedy to żołądek z pewnością równie nieprzystępny jest dla czystości bezazotowej, tych wyższych liczb nie spotykamy?

Odpowiedź łatwa. Kwas solny wydzielający się strawi ewentualną pozostałość, żołądek wydali częściowo do jelit treść strawioną, a treść wydobyta na czczo dnia następnego daje cyfrę azotową nizką lub z odczynnikiem Esbacha małe tylko zmętnienie.

Jeśli owrzodzenie rakowe żołądka nie usadowi się w części odźwiernikowej, jeśli tedy znaczniejszego zwężenia odźwiernika nie ma, cyfra azotowa po dokładnem przepłukaniu żołądka aspiratorem mimo obecności raka może pozostać nizką i z odczynnikiem Esbacha osadu prawie nie ma.

Za dowód niech posłuży przypadek następujący:

7) Mężczyzna, *D. F.*, lat 46. *Carcinoma ventriculi.* Na czczo zaległości nie ma prawie żadnych. Dopiero po wlaniu 100 ccm. wody wydobyć można treść rzadką, w której pod drobnowidem wykazać można pojedyncze włókna mięsne, długie prątki i t. d. Po obiedzie próbnym kwasota ogólna 20; HCl brak; Uffelmann dodatni. Podczas pobytu chorego w klinice guz w dołku podsercowym staje się wyczuwalny, charłactwo postępuje; tworzą się przerzuty w wątrobie. a) N 8 mg. Esb. 0. b) N 7 mg. Esb. opalescencya ledwie zaznaczona (3 tygodnie po pierwszem badaniu).

Powtarzając badania w dwóch przypadkach niewątpliwych raków żołądka: S. D. (5) i S. M. K. (6) u chorych, pozostających między pierwszem a drugiem badaniem na dyecie mlecznej, po której oczyszczenie błony śluzowej bywa łatwiejsze, mogłem stwierdzić:

ad 6) *S. M. K.*, lat 36. N. 7 mg. Esb. osad minim.
ad 5 *S. D.*, lat 35. N 14 mg. Esb. ledwo dostrzegalny osad.

W tym drugim przypadku operacya potwierdziła rozpoznanie kliniczne.

Sposób więc Salomona nie daje nam wskazówek rozpoznawczych tak pewnych, aby się na nich w każdym przypadku oprzeć można. Bywają bowiem niewątpliwe przypadki raka żołądka, w których sposób Salomona zawodzi.

Dokładne badanie fizyczne, badanie czynności mechanicznej i chemicznej żołądka, często i przebieg kliniczny, pozostają i nadal jedynymi drogowskazami w rozpoznaniu

Już po zgłoszeniu niniejszego odczytu ukazała się praca Sigla[4]) z kliniki Ewalda, następnie przed paru dniami także praca Berenta i Gutmanna (Renvers)[5]), którzy stosując metodę Salomona w dyagnostyce różniczkowej raka żołądka, dochodzą w głównych zarysach do tych samych, co Salomon, wyników.

II. Z oddziału prof. Dr. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (Szkoła położnych).

## Przyczynek do sprawy ciąży pozamacicznej trąbkowej.

Podał

**Dr. T. Piotrowski,**

asystent oddziału.

(Ciąg dalszy.

10. Pierwiastka *H.*, lat 24, przebywała przed wyjściem za mąż kilkakrotne napady zapalenia wyrostka robaczkowego. Od pięciu miesięcy zamężna, ostatnia regularność z końcem marca 1903. 10 kwietnia pierwszy słaby napad bolu po stronie prawej, następne napady przy silniejszym ruchu pojawiały się w odstępach kilkodniowych. W kwietniu regularność się nie pojawiła, bole zupełnie ustąpiły. Dopiero w połowie maja wystąpiły znowu silniejsze bole, przyczem pojawiło się krwawienie ze sromu. Badanie w tym czasie wykazywało zmiany, odpowiadające ciąży, macicę powiększoną, trąbkę prawą zgrubiałą. Prof Rosner rozpoznał ciążę trąbkową i dla śledzenia przebiegu przewiózł chorą do domu zdrowia. W trzy dni później wystąpiły okresowe bole, którym towarzyszył odpływ krwi ze sromu. Ponieważ mimo narkotyków bole nie ustawały, a nadto wystąpiły objawy niedokrewności, wykonano laparotomię. Badanie bezpośrednio przed operacyą wykazywało stosunki te same, zatokę Douglasa wolną.

Przy operacyi znaleziono płynną krew w jamie otrzewnej, trąbkę prawą zgrubiałą i na szczycie pękniętą. Na przecięciu jaje prawie w połowie jeszcze do ścian trąbki przyczepione, w reszcie oddzielone skrzepami krwi. płód rozpłyniety.

Wyleczenie: Obecnie zupełnie zdrowa, w ciążę jednak nie zaszła.

11. Wieloródka *M. K.*, rodziła trzy razy prawidłowo, przed rokiem poroniła w trzecim miesiącu ciąży. W trzech ostatnich latach regularność pojawiała się w nierównych odstępach, była bardzo bolesna. Chora często miewała bole nad pachwinami i obfite białe upławy. Ostatnia regularność w grudniu 1900 r. Przez następne miesiące czuła się zupełnie zdrową, czasami tylko pojawiały się bole w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie lewej. Dopiero 7-go kwietnia podczas pracy wystąpił silny ból w podbrzuszu, przyczem odpłynęła ze sromu duża ilość krwi płynnej i skrzepłej. Mimo krwawienia udała się na jarmark. Po przybyciu do miasta wystąpił znowu silny ból, przyczem chora utraciła przytomność, większego jednak krwawienia podczas tego napadu nie było.

Od tej chwili chora stale przebywała w łóżku, gorączkowała i cierpiała na utrudnione oddawanie moczu i stolca; w tym czasie bolów napadowych i krwawienia nie było. Leczona przez sąsiadki, porady lekarskiej nie zasięgała. Koło połowy maja pojawiły się znowu napadowe bole w podbrzuszu, zwłaszcza po stronie lewej i obfite krwawienia Ponieważ stan ten utrzymywał się przez blisko trzy tygodnie, dlatego zgłosiła się do lekarza.

Badaniem w chwili przyjęcia stwierdzono znaczną niedokrewność, w sutkach zmiany odpowiadające ciąży, nad spojeniem łonowem i nad pachwiną lewą opór bardzo bolesny, wypuk nad nim przytłumiony. Przedsionek zasiniały, pochwa rozpulchniona, macica powiększona, przesunięta na stronę prawą. W sklepieniu lewem w trąbce guz wielkości jaja, bardzo przy dotyku bolesny; poza macicą i trąbką opór znacznie większy, sięgający na trzy palce po nad spojenie i pachwinę lewą i schodzący w zatokę Douglasa; opór ten niejednakowej zbitości; miejscami miękki, chełboczący.

Rozpoznano ciążę trąbkową i krwistek pozamaciczny. Pomimo iż stan nie był groźny i nie wymagał natychmiastowej operacyi, postanowiono i tak wykonać operacyę, a to dlatego, iż chora ta była wyrobnicą i nie mogła leżeć przez kilka miesięcy, t. j. aż do zupełnego rozejścia się krwisteku.

Po otwarciu jamy otrzewnej znaleziono macicę powiększoną, trąbkę lewą blizko otworu brzusznego, znacznie rozciągniętą; koniec trąbki wchodził w guz wielkości trzech pięści, schodzący do zatoki Douglasa, a otoczony zlepionemi z nim licznemi pętlami jelit. Przy oddzielaniu trąbki, z otworu brzusznego rozszerzonego przez pęknięcie brzegów trąbki, wysunął się skrzep krwi wielkości dużego jaja, w którym znaleziono resztki zmiażdżonego jaja płodowego. Cały duży guz wypełniony był skrzepami krwi i nieznaczną ilością krwi płynnej.

Po trzech tygodniach wyleczona, opuściła oddział; obecnie regularność zupełnie prawidłowa, cierpi tylko na białe upławy.

12. Wieloródka, *W. N.*, od 6 lat zamężna, przed 4 laty poroniła w drugim miesiącu ciąży, przed 14 miesiącami poród kleszczowy. Po porodzie zupełnie zdrowa, regularność powtarzała się w prawidłowych przerwach, nieznaczne upławy. Ostatnia regularność 15 października 1898. Już 3 listopada pojawił się ból, ale nieznaczny, nad pachwiną prawą. 20 listopada bez powodu zjawił się w tem samem miejscu ból bardzo silny, przyczem chora utraciła przytomność. Napadowe bole, tylko nieco słabsze, utrzymywały się przez następne dwa dni, krwawienia ze sromu jednak nie było.

Badanie w chwili przyjęcia wykazywało objawy ostrej niedokrewności, w. sutkach zmiany, odpowiadające ciąży. Brzuch wzdęty, bolesny nad pachwiną lewą, gdzie czuć przy dotyku guz, na trzy palce po nad pachwinę sięgający, bardzo łatwo poruszalny; w brzuchu płyn wolny. Macica powiększona, przesunięta na stronę prawą; w sklepieniu lewem guz wielkości cytryny, pozostający w związku z trąbką, ruchomy, bolesny. Zatoka Douglasa wolna, niebolesna.

Wobec znacznej niedokrewności i utrzymujących się jeszcze napadowych bolów przystąpiono do operacyi. Po przecięciu powłok znaleziono w jamie otrzewnej znaczną ilość krwi płynnej, macicę powiększoną, trąbkę lewą znacznie rozdętą, na szczycie pękniętą, otoczoną skrzepami krwi. Wnętrze wyciętej trąbki puste, całe jaje płodowe odszukano między skrzepami krwi w jamie otrzewnej.

Po czterech tygodniach wyleczona opuściła oddział; do obecnej chwili jest zupełnie zdrowa i rodziła dwa razy prawidłowo.

13. Wieloródka, *J. P.*, pierwsze dwa porody zupełnie prawidłowe, potem poronienie w trzecim miesiącu; przy porodzie trzecim i czwartym obfite krwawienie w okresie trzecim. Ostatni poród przed rokiem. Dziesiątego marca 1902 ostatnia prawidłowa regularność. W czasie regularności kwietniowej wystąpiły bole w podbrzuszu i bardzo nieznaczne krwawienie. Dopiero 20 kwietnia pojawiły się powtórnie silniejsze bole i obfitsze krwawienia. Stan ten, napadowo się powtarzający, utrzymywał się przez dni dziesięć.

Badaniem w dniu 20 kwietnia stwierdzono w sutkach zmiany, odpowiadające ciąży, macicę powiększoną, w okolicy trąbki lewej opór tkliwy, miękki: zatoka Douglasa płaska, nieco oporna, niebolesna. Po dziesięciu dniach wyraźne objawy niedokrewności i wolny płyn w jamie otrzewnej; badanie wewnętrzne, jak poprzednio. Wykonana w dniu tym laparotomia wykazała dużą ilość krwi płynnej w jamie otrzewnej, po stronie lewej i poza powiększoną macicą guz wielkości dużej pięści, utworzony ze skrzepów krwi, otaczający trąbkę lewą. Po wydobyciu trąbki wraz ze skrzepami przekonano się, iż trąbka jest znacznie rozciągnięta, na szczycie przedarta i pusta. Jaje zmienione znaleziono pośród skrzepów krwi w zatoce Douglasa.

Po trzech tygodniach wyleczona opuściła oddział, w listopadzie b. r. odbyła poród prawidłowy.

14. Wieloródka, *F. D.*, lat 32, rodziła raz przed 12 laty, poród i połóg zupełnie prawidłowe. Od kilku lat obfite białe upławy. Ostatnia regularność 20 marca 1903, po której pojawiły się przypadłości, odpowiadające ciąży. W końcu maja, t. j. 29, wystąpił bez przyczyny

---

[4]) J. Sigel: Zur Diagn. des Magencarcinoms. Berl. klin. Wochenschrift 1904. Nr. 12 i 13.

[5]) W. Berent und P. Gutmann: Ueber vermehrten Stickstoff- und Eiweissgehalt der Magenspülflüssigkeit und seine diagnostische Bedeutung. Deutsche med. Woch. 1904. Nr. 28. Str. 1020.

silny ból w podbrzuszu po stronie prawej, trwający zaledwie kilka minut. Podobny ból, tylko znacznie silniejszy, powtórzył się dnia 31 maja i trwał przez dwie godziny. Bezpośrednio po napadzie wystąpiły nudności i wymioty, trwające przez dwa dni, w tym też czasie powstało wzdęcie brzucha i chwilowe zatrzymanie stolca i wiatrów. Po dwóch dniach wszystkie przypadłości ustąpiły, pozostało tylko wzdęcie brzucha i bolesność.

W tym czasie krwawienia ze sromu nie było. W lipcu przyszła regularność, ale skąpsza i taka powtarzała się w miesiącach następnych. Od trzech tygodni brzuch zaczął się szybko powiększać, co było powodem, iż chora, idąc za radą swego lekarza, zgłosiła się do operacyi.

Badaniem w chwili przyjęcia, t. j. 2 grudnia 1903, nie wykryto w płucach, sercu i nerkach żadnych zmian. Skóra na brzuchu obrzękła, znaczna ilość wolnego płynu w jamie otrzewnej i miernego stopnia obrzęk nóg.

W sutkach brak zmian, brak zasinienia sromu i rozpulchnienia pochwy; trzonu macicy przez pochwę, ani żadnego oporu w sklepieniach z powodu znacznej ilości płynu wymacać nie zdołano.

Badaniem przez odbytnicę stwierdzić było można, iż trzon macicy jest powiększony i przesunięty na stronę lewą; wysoko po stronie prawej wyczuć było można opór większy, bliżej określić się nie dający.

Dopiero laparotomia wyświetliła właściwe cierpienie. Po wypuszczeniu z jamy otrzewnej znacznej ilości płynu jasnego, przesączynowego, okazało się, iż cała otrzewna jest zaczerwieniona i obsiana drobnemi guzkami, cała miednica mała oddzielona od jamy brzusznej jak gdyby przeponą, utworzoną przez ścianę zrostów, zupełnie ruchomą. Po przecięciu zrostów odsłoniła się macica powiększona, przesunięta na stronę lewą, obok niej po stronie prawej guz wielkości cytryny, obok jajnik zupełnie prawidłowy, jak również i przydatki po stronie drugiej. Wycięty guz był trąbką, wypełnioną starymi skrzepami krwi, na szczycie pękniętą.

Badanie drobnowidowe wykryło zmiany gruźlicze na powierzchni trąbki, w skrzepach kosmki. Wyleczenie.

15. Wieloródka, *M. R.*, lat 30, rodziła dwa razy prawidłowo, ostatni poród przed 13 miesiącami. Pomimo karmienia w sześć miesięcy po porodzie pojawiła się regularność, która powtarzała się co miesiąc. Ostatni raz była w marcu 1902. W pierwszych dniach czerwca, podnosząc ćwierć ziemniaków, uczuła chora silny ból w podbrzuszu, przyczem utraciła przytomność; nieprzytomną przewieziono do szpitala prowincyonalnego, gdzie leżała przez miesiąc. Bole napadowe, tylko znacznie słabsze, utrzymywały się przez trzy dni; czy odpływała krew ze sromu, chora podać nie umie; opuszczając szpital nie krwawiła. W miesiąc później po należytem «wysmarowaniu» przez babkę wystąpiło obfite krwawienie, które utrzymywało się przez dwa miesiące, t. j. sierpień i wrzesień, w końcu samo ustąpiło; w październiku i listopadzie przyszedł peryod prawidłowy. W tym czasie zauważyła chora guz w brzuchu, co skłoniło ją do zasięgnięcia porady lekarsktej.

Badanie w dniu przyjęcia 11 listopada wykazywało objawy znacznej niedokrewności, w sutkach brak zmian, odpowiadających ciąży. W brzuchu guz, sięgający od spojenia do pępka, leżący w samym środku brzucha. Guz ten składa się z dwóch części: od dołu i strony prawej guz mniejszy, wielkości pięści, okrągły, gładki i miększy; ponad nim i bardziej ku stronie lewej drugi guz, znacznie większy i szerszy, o powierzchni nierównej i znacznie twardszy. Oba guzy niebolesne, razem łatwo poruszalne, od siebie oddzielić się nie dają; wypuk nad guzami przytłumiony, nad pachwinami jawny. Badanie wewnętrzne wykazywało macicę powiększoną w przodozgięciu, łączącą się trzonem z guzem mniejszym, którego dolny odcinek czuć w sklepieniu prawem, jako opór miękki i tkliwy; w sklepieniu lewem nieco zgrubiała trąbka; zatoka Douglasa wolna. Przy operacyi znaleziono macicę powiększoną, z prawej strony macicy guz wielkości dwóch pięści, podchodzący pod guz drugi, mniejszy, do guza większego przyrośnięta sieć i dwie pętle jelit. Po odcięciu sieci i oddzieleniu pętli jelit okazało się, iż guz górny jest zmumifikowanym płodem, otoczonym błonami. Guz większy dolny jest barwy sinej, odchodzi od samego rogu macicy i od dołu na guz ten przechodzi kawałek ściany mięsnej macicy, skutkiem czego prawe więzadło okrągłe odchodzi nie od trzonu macicy, ale od guza. Guz większy był utworzony przez pęknięty maciczny koniec trąbki i wypełniony skrzepami krwi i łożyskiem. Wydobywszy płód, odcięto następnie guz, utworzony przez trąbkę, od ściany macicy, w miejscu tem zeszyto miąższ macicy, a następnie otrzewnę, poczem powłoki zeszyto w całości. Obecnie zupełnie zdrowa, ponownie w ciążę nie zaszła.

Osobną niejako gromadę stanowią te przypadki, w których trąbka pęka wraz z otrzewną, przez powstały otwór wysuwa się płód wraz z błonami lub bez nich do jamy otrzewnej łożysko zaś pozostaje w trąbce, mimo tego ciąża nie zostaje przerwaną, ale dalej się rozwija.

W tej gromadzie mamy tylko jeden przypadek. Dotyczył on pierwiastki *A. N.*, lat 33, od 12 lat zamężnej, u której po wyjściu za mąż regularność kilka razy na dłuższy czas się zatrzymywała. Chora twierdzi jednak, że nigdy nie poroniła; od kilku lat ma obfite białe upławy. Ostatnia regularność 6 stycznia 1901, poczem wystąpiły zwykle objawy ciąży; chora czuła się w tym czasie zupełnie zdrowa. W kwietniu i maju kilka razy bez bolów poprzedzających odpływała ze sromu nieznaczna ilość cieczy różowej. Z początkiem czerwca wyraźne ruchy płodu, które w miarę postępowania ciąży były coraz to silniejsze i boleśniejsze, szczególnie bolesnemi były ruchy płodu w boku brzucha po stronie prawej. Dnia 17 września po przestrachu wystąpiły gwałtowne bole, wychodzące z pod żebra prawego i rozprzestrzeniające się na cały brzuch, po kilku godzinach bole zupełnie ustały; od tej chwili ustały także i ruchy płodu. W następnych tygodniach poczęły maleć sutki, a później i objętość brzucha. Nigdy nie było krwawienia ze sromu, ani żadnych przypadłości w zakresie przewodu pokarmowego. Ponieważ w przypuszczalnym czasie poród nie nastąpił, a nawet w oczekiwaniu rozwiązania minęło jeszcze dwa miesiące, za namową swego lekarza chora zgłosiła się do operacyi.

Badanie w chwili przyjęcia 1 stycznia 1904 t. j. blizko w rok po ostatniej regularności, wykazywało odżywienie dobre, narządy wewnętrzne bez zmian, w sutkach zmiany jak pod koniec ciąży. Brzuch wiotki z obfitą podściółką tłuszczową, liczne świeże rozstępy, pępek wygładzony. W brzuchu czuje się wyraźnie dwa guzy, z których jeden odpowiada wielkością, kształtem i położeniem macicy powiększonej w piątym miesiącu ciąży. Powyżej tego znajduje się guz drugi, na poprzek po za brzegi guza dolnego wystający, górnym brzegiem podchodzi pod łuk żebrowy po stronie lewej, po prawej aż pod wątrobę, od której jednak jest oddzielony; schodząc ku dołowi, po stronie prawej wchodzi w głąb brzucha aż w okolice lędźwi tak, iż leży ukośnie t. j. od góry, strony lewej i przodu, ku dołowi, stronie prawej i tyłowi. Guz dolny jest zbitości macicy, guz górny jest twardszy, zwłaszcza po stronie lewej i u góry, powierzchnia jego niezupełnie gładka. Guz górny styka się z dolnym na przestrzeni 15 ctm., mimo to jest on o tyle ruchomy, o ile na to jego wielkość pozwala. Badaniem wewnętrznem stwierdzić można rozpulchnienie pochwy i zasinienie przedsionka jak pod koniec ciąży, macicę powiększoną w sklepieniach. Rozpoznano więc płód nieżywy, leżący wolno w jamie otrzewnej. Przy operacyi znaleziono sieć przyrośniętą do otrzewnej ściennej; po jej odcięciu i usunięciu wraz z jelitami do góry, ukazała się powyżej pępka stercząca do góry prawa rączka płodu, dookoła otoczona siecią i przylepionemi jelitami. Po oddzieleniu wiotkich zlepów odsłonił się grzbiet płodu. Postępując za nim ku górze znaleziono po stronie lewej przygiętą do piersi głowę, a obok niej zgiętą rączkę lewą. Unosząc teraz płód ku górze, znaleziono po stronie prawej pośladki wraz z zgiętą nóżką lewą, prawą zaś nogę wyprostowaną po za guzem mniejszym aż w okolicy lędźwiowej. Przy unoszeniu płodu do góry urwała się pępowina w odległości 4 ctm. od brzuszka. Guz mniejszy dolny, odpowiadający przy badaniu powiększonej macicy, był guzem o powierzchni gładkiej, w $^1/_3$ części po stronie lewej barwy sinej, reszta t. j. środek i strona prawa barwy szarej, z tej części sterczał kawałek także szaro zabarwionej pępowiny. Od brzegu lewego, sino zabarwionego, widać odchodzącą trąbkę, która gubi się po za spojeniem łonowem. Wchodząc po pępowinie do guza rozdarto osłonkę, przyczem wypłynęła nieznaczna ilość cieczy brudnej, nie cuchnącej. Wyłuszczając cały guz, przekonano się, iż jest on utworzony przez skrzepy krwi i zwinięte kuliste łożysko. Dopiero po wydobyciu całego guza odnaleziono macicę małą, leżącą przed guzem, bo tuż za spojeniem łonowem. Trąbka lewa, która odchodziła od brzegu guza, była w końcu brzusznym znacznie rozciągnięta i przedarta i tworzyła część siną guza; część szarą tworzyły zbite skrzepy krwi. Wydobyty płód

jest w całości pokryty owodnią, prócz rączki prawej, która ściśle przylega do skóry i przez którą, jak przez zasłonę, rysują się kontury twarzy. Główka cała spłaszczona, w wymiarach poprzecznych mierzyła 6 ctm., w podłużnym 9 ctm., w ukośnym dużym 12 ctm., małym 9 ctm., obwód główki 32 ctm. Palce rączek i nóżek pozlepiane, ułożenie stopek w nadmiernem zgięciu, pięta ku dołowi. Płód płci męzkiej ważył 1440 gramów, długość jego od szczytu głowy do pośladków 29 ctm.; długość całego płodu 44 ctm. Wydobyte łożysko wagi 640 grm. tworzy kulę, mierzącą w dłuższym obwodzie 33 ctm., w mniejszym 30 ctm.

Jajnik i przydatki strony drugiej prawidłowe.

Po trzech tygodniach wyleczona opuściła oddział. O stanie jej obecnym dowiedzieć się nie można.

W przypadku tym w kwietniu lub w maju nastąpiło powolne wydobycie się części jaja płodowego przez otwór brzuszny trąbki do jamy otrzewnej. Wydobycie to nie było jednak całkowite, część jaja ściśle trzymała się trąbki, w którem to miejscu rozwijające się łożysko coraz bardziej trąbkę rozciągało. W dniu 17 września pojawiły się bole porodowe, przy których prawdopodobnie błony pękły i wody wylały się do brzucha, albo tylko odkleiło się samo łożysko, skutkiem czego płód obumarł, a wody z czasem uległy wessaniu. Co niezwykłe, to brak gwałtownego krwotoku do jamy otrzewnej i krwawienia ze sromu. Z początkiem więc 4 miesiąca ciąży nastąpiło poronienie częściowe bez przerwania ciąży, która dalej rozwijała się do końca 8 miesiąca. Wprawdzie waga płodu jest nieco mniejsza, niż w tym miesiącu być powinna, wymiary jednak główki, długość płodu, 8-mu miesiącowi zupełnie odpowiadają. Płód sam mógł stać się lżejszy skutkiem zmumifikowania.

Jak widać z zestawienia naszych przypadków, mieliśmy do czynienia tylko z ciążą trąbkową, w której jaje płodowe najczęściej usadowione było w środku trąbki, w kilku przypadkach przy ujściu brzusznem trąbki, a raz tylko w miąższu macicy (*grav. interstitialis*). Samorodne przerwanie ciąży spotkaliśmy w I miesiącu 5 razy, w II m. 6 razy, w III m. 3 razy, w IV i VIII po razu, a więc najczęściej w miesiącu drugim i trzecim, co zupełnie się zgadza ze statystyką Schrenka, Schauty i Mackenrodta. Na 14 przypadków, dwa razy tylko była ciąża pozamaciczna u pierwiastek, reszta u wieloródek. Jako najczęstszą przyczynę powstania ciąży pozamacicznej musimy uważać zgodnie z Hahnem, przebyte zmiany w trąbkach, wywołane najczęściej rzeżączką. Możemy z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć, że na 16 przypadków 9 razy była przyczyną rzeżączka przebyta, o ile rozpoznać ją było można z pomocą wywiadów, w niektórych przypadkach przyczyną były zaciągnięcia i przemieszczenia trąbki, raz z powodu zrostów po przebytem zapaleniu wyrostka robaczkowego, raz skutkiem zmian zapalnych okołomacicznych, powstałych w połogu, raz przez zmiany gruźlicze na otrzewnej. W czasie karmienia, a więc w kilka miesięcy po ostatnim porodzie, spostrzegaliśmy dwa razy ciążę pozamaciczną; tak więc zanik wewnętrznych części płciowych karmiących, jak twierdzi Kristinus, byłby może w tych przypadkach czynnikiem usposabiającym. W dwóch tylko przypadkach na pewno przyczyny wykryć nie było można. W dziewięciu przypadkach zajętą była trąbka lewa, w siedmiu prawa.

W czasie rozwoju ciąży pozamacicznej w jednym przypadku regularność utrzymywała się zupełnie niezmieniona, w dwóch była nieco skąpsza, w innych zaś przypadkach była zatrzymana. W chwili przerwania ciąży w 12 przypadkach było mniejsze lub obfitsze krwawienie ze sromu, w trzech nie było żadnego krwawienia, w jednym zaś przypadku dopytać się o krwawienie nie było można. — Zapatrywanie, jakoby wytworzenie się krwisteku pozamacicznego było najczęstszym i głównym objawem przerwania ciąży pozamacicznej, jest, jak nasze przypadki wykazują, bardzo błędne.

Na 16 naszych przypadków tylko 4 razy był krwistek, w 8 była krew wolna w jamie otrzewnej, w jednym przypadku (gr. I. Nr. 2) nie było ani krwisteku, ani krwi płynnej, bo był to zaśniad krwawy w trąbce. Również brak było krwi, a nawet zmian barwikowych, w trzech przypadkach, operowanych w kilka miesięcy po przerwaniu ciąży. Z tego widzimy, że uderzająco często spostrzegaliśmy wylew krwi płynnej do jamy brzusznej bez śladu krwisteku. Przypadki te były też najcięższe z powodu bardzo znacznej niedokrewności. (C. d. n.)

## III. Oceny i sprawozdania.

### Próby chirurgicznego leczenia przewlekłych spraw zapalnych kiszki grubej.

Zestawił

**M. W. Herman** (Lwów).

Z pewnością nie należą do wyjątków przypadki przewlekłych nieżytów kiszki grubej, nie ustępujące mimo stosowania wszystkich znanych, a jak wiadomo bardzo licznych środków wewnętrznych. Morzysko, parcie na stolec, niezliczone wypróżnienia z domieszką ropy, śluzu i krwi, niekiedy tak obfitą, że wprost o krwotokach kiszkowych mówić można, czasami wysoka nawet gorączka i towarzyszące jej upośledzenie łaknienia i wzmożenie pragnienia sprawiają, że odżywienie chorego, nawet w przeciągu paru tygodni, podupada aż do charłactwa i już w najbliższej przyszłości zagrażać się zdaje choremu śmierć z wyczerpania układu nerwowego i sił fizycznych. Tacy straceńcy zwracają się niekiedy sami, częściej przez lekarza swego skierowani, do chirurga. I zdarza się, że nadzieje ich nie zostają zawiedzione.

Wiele znanych, zbyt znanych faktów, aby potrzeba je tu wyliczać, poucza, że chory narząd, czasowo zwolniony ze swej czynności „obowiązkowej“, zdrowieje, nawet bez żadnej innej pomocy. Oczywiście pierwszym i najważniejszym warunkiem jest podrzędne znaczenie tego narządu, który ma być wyłączonym, w ekonomii ustroju. A o kiszce grubej wiemy oddawna, że ustrój ludzki bez wyraźnej szkody dla siebie może się bez niej obchodzić. „Kiszka gruba ma dla nas ludzi, których pożywienie zawiera tylko niewiele cellulozy, bardzo małe znaczenie...“ (B. v. Beck). Dowiodły tego już dawno znane doświadczenia Trzebickyego, a potwierdza praktyka chirurgiczna. Od czasu do czasu widujemy chorych z odbytem nieprawidłowym (*anus praeternaturalis*), który wytworzył się z uwięzłej, zgorzelą dotkniętej przepukliny. A chociaż odbyt ten, usadowił się na dolnej części jelita biodrowego (a więc czynność kiszki grubej całkowicie została wyłączoną) i trwa niekiedy miesiącami, nie widać, by chory, kalectwem tem dotknięty, ponosił stąd szkody, powetować się nie dające. Więc tem łatwiej i bez obawy zaszkodzenia choremu odważyć się możemy w danym przypadku na wyłączenie czyto całej kiszki na pewien czas, czy też części jej na zawsze.

Opierając się na tych dwóch znanych i powszechnie uznanych faktach, pierwszy Folet odważył się w końcu

na wytworzenie przetoki w kątnicy w przypadku przewlekłej czerwonki, leczonej już bezskutecznie od 2 lat rozmaitymi środkami, wewnętrznymi. Operacyę tę jednak chory, już do ostateczności wyczerpany, przeżył zaledwie 5 dni. W dwa lata później dwaj lekarze włoscy Durante i Novaro, niezależnie od swego kolegi francuskiego, ogłaszają drugie podobne spostrzeżenie. W przypadku tym, w którym już od 7 lat istniały objawy dysenteryczne i w którym stwierdzono owrzodzenia w prostnicy, utworzono rzyć sztuczną ponad lewą okolicą pachwinową (a więc w kiszce esowatej) z wynikiem bardzo dobrym, bo już po 4 miesiącach można było rzyć sztuczną zaszyć i odtąd operowany pozostał trwale zdrowym. Następnie w piśmiennictwie chirurgicznem amerykańskiem znajdujemy wcale liczne podobne spostrzeżenia, znów niezależne od tamtych dwóch pierwszych przypadków, nieznanych widocznie chirurgom amerykańskim. Rozpoczął się spór o pierwszeństwo w zastosowaniu zabiegów chirurgicznych w dysenteryi przewlekłej i cierpieniach pokrewnych, które to pierwszeństwo przywłaszczyć sobie radzi koledzy z za Oceanu. Niedwuznaczne jednak daty historyczne każą palmę pierwszeństwa oddać Foletowi lub wspomnianym lekarzom włoskim.

Obecnie w piśmiennictwie chirurgicznem odszukać można około 50 spostrzeżeń, które poniżej zestawiamy. Brak nam wielu szczegółów, zapominali o nich niekiedy autorowie, przemawiając okolicznościowo w dyskusyi, lub też pomijał je sprawozdawca. Braki te zaznaczyliśmy w odpowiednich miejscach, z pozostałych jednak wcale licznych szczegółów pokusić się możemy o przedstawienie całokształtu obecnego stanu tej sprawy.

A oto materyał, który w dalszym ciągu posłuży nam do bliższego rozpatrzenia się w zagadnieniach, nas tu zajmujących.

1. Folet (Congrès français de chirurgie 1885). Kobieta 45-letnia, zachorowała przed 2 laty w Indyach holenderskich na czerwonkę.

Stan obecny: Stolce śluzowo-krwawe, cuchnące, mimowolne oddawanie kału, parcie. Owrzodzenia w otoczeniu rzyci. Błona śluzowa odbytnicy usiana krwawiącemi wyroślami grzybowatemi. Ogólne wyczerpanie.

Leczenie: *Coecostomia.*

Wynik: Umarła po 5-ciu dniach. Sekcya wykazała rozległe dysenteryczne owrzodzenia w całej kiszce grubej.

2. Durante (Bolletino della reale Academia di Roma, anno XIV. 1887 dec.). Chory od 7 lat. Wiek?

Stan obecny: Rozległe owrzodzenia w okrężnicy i odbytnicy. Znaczne wyniszczenie. Gorączkuje. Stolce krwawo-ropiaste.

Leczenie: Odbyt sztuczny po lewej stronie ponad pachwiną. Tędy w kierunku ku rzyci przemywano 1% *zinc. chlor.* lub 1% *zinc. sulfur.*

Wynik: Po 4 miesiącach zaszyto odbyt sztuczny. Wyleczenie zupełne.

3. Mayo Robson (Transactions of the clinical society of London 1893. Lancet 1893 I. p. 1319). Kobieta 37-letnia. Od 6 miesięcy biegunka, w wypróżnieniach błony rzekome, śluz, krew.

Stan obecny: Błona śluzowa w odbytnicy ziarnista z licznemi owrzodzeniami.

Leczenie: *Colostomia sinistr.* dwuczasowa. Ściany kiszki, a zwłaszcza błona śluzowa w tem miejscu znacznie zmieniona. Przez rzyć sztuczną przemywano rozczynem kwasu borowego.

Wynik: Przetokę zaszyto po 5-ciu miesiącach. Wyleczenie trwałe.

4. Robinson (tamże). Mężczyzna 66 lat.

Stan obecny: *Colitis ulcerosa* z bardzo gwałtownymi krwotokami.

Leczenie: *Colostomia inguinalis sinistr.* (na pętli esowatej).

Wynik: Umarł po 4 dniach. Przez autopsyę stwierdzono liczne owrzodzenia od połowy okrężnicy poprzecznej aż po pętlę esowatą.

5. Stephan i Schilfgaarde (Berl. klin. Wochenschr. 1896, p. 21). Mężczyzna 26-letni. Podróżował po krajach podzwrotnikowych. Od 4 miesięcy parcie i biegunka. W wypróżnieniach krew i ropa.

Stan obecny: Znaczne osłabienie, niedokrwność. Pętla esowata macalna jako bolesny postronek. Dysenterya.

Leczenie: *Anus praeternaturalis* na pętli esowatej, potem przemywania zawiesiną bismutu, rozczynami kwasu garbnikowego i azotanu srebra.

Wynik: Rzyć sztuczną zaszyto po 5 ciu miesiącach. Wyleczenie zupełne.

6. Ballance-Turney (Lancet 1895, T. 2, p. 1578). Mężczyzna 35-letni. Pewien czas mieszkał w Indyach. Biegunka śluzowo-krwawa. Wychudł.

Leczenie: Przecięto porzecznie jelito biodrowe w pobliżu zastawki Bauhina i oba końce jelita wszyto w ranę powłok brzusznych.

Wynik: Po tygodniu śmierć z powodu zapalenia płuc.

7. Lindner (Beitr. zur klin. Chirurg. Bd. 26, p. 515). 26-letni mężczyzna. Od 1/4 roku biegunka, w stolcach śluz, ropa, krew.

Stan obecny: Znaczne wychudzenie.

Leczenie: *Colostomia* na okrężnicy wstępującej.

Wynik: Po operacyi wyniku nie było żadnego. Na żądanie chorego po $3^1/_2$ miesiącach zaszyto otwór w kiszce.

8. Orsini (Rivista veneta di Sc. med. 1896). 46-letni mężczyzna. Od 5 miesięcy kolki i biegunka.

Stan obecny: *Recto-colitis ulcerosa, fistula ani.* Gorączkuje. Stan ogólny bardzo zły.

Leczenie: *Anus praeternaturalis* po lewej stronie i przemywanie części obwodowej kiszki słabym roztworem kwasu salicylowego.

Wynik: Po 5-ciu miesiącach zaszyto przetokę. Wyleczenie całkowite.

9. Hale White i Golding-Bird (Transact. of. the clin. soc. of London vol. 32. 1899). Mężczyzna 35-letni, przebywał dłuższy czas w krajach podzwrotnikowych i w Egipcie. Chory prawie od 7 lat. Od czasu do czasu napady biegunki z bolami i krwawieniami.

Stan obecny: Teraz charłactwo, niezmiernie częste parcie na stolec. W wypróżnieniach obficie krew. Bole w okolicy pętli esowatej i kątnicy.

Leczenie: *Colostomia* (na kątnicy?).

Wynik: Otworu w kiszce nie zdołano zamknąć (gdyż kał był płynny?). Stan ogólny znacznie się poprawił. Bole i krwawienia znikły.

10. Labey (-Quénu) (De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles. Paris 1902). Mężczyzna 49-letni, długi czas mieszkał w Kolumbii. Przed 14 laty przebył dysenteryę. Od tego czasu miewa przeróżne przypadłości żołądkowo-jelitowe. W ostatnich czasach znaczne pogorszenie.

Stan obecny: Obecnie 3—4 dni napady biegunki z domieszką śluzu i krwi, niekiedy bardzo obficie. Na lewym i prawym talerzu biodrowym macalny bolesny postronek.

Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.*

Wynik: Już po 4 tygodniach znaczna poprawa, jakkolwiek pozostała skłonność do biegunek. Opuścił w tym czasie klinikę i nie zgłosił się do zaszycia przetoki.

11. Murray (Ann. of. Surg. vol. 33 1901). Mężczyzna 29-letni. Przed 2 laty dostał biegunki śluzowo-krwawej z parciem i bolami, która mimo leczenia wewnętrznego trwa bez zmiany.

Stan obecny: Odżywienie podupadłe. W odbytnicy liczne owrzodzenia. W wypróżnieniach śluz, ropa i krew. Pod mikroskopem ameby.

Leczenie: *Colostomia* po stronie prawej, następnie przemywania chininą, błękitem metylenowym, formaldehydem i azotanem srebra (najskuteczniejsze).

Wynik: Znaczna poprawa, jakkolwiek śluz i ameby ze stolców nie znikły. Po 6 miesiącach przetoka się zamknęła.

12. Powel (Indian Medical Gazette 1899). 24-letni mężczyzna, dotknięty ciężką dysenteryą.

Stan obecny: W wypróżnieniach ropa, krew. Parcie.

Leczenie: *Colostomia inguinalis* prawostronna dwuczasowo i przemywania kwasem borowym.

Wynik: Po 57 godz. zmarł z powodu krwotoku z odbytnicy.

13. Sullivan (Journ. of the americ. med. Assoc. 1900). 35-letni mężczyzna. Chory od $1^1/_2$ r., leczony wewnętrznie.

Stan obecny: Wyniszczony. Biegunka śluzowo-krwawa, 20 stolców dziennie. Wysoka gorączka. Bole. W stolcach ameby.

Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.* (Dr. Barbat). Przemywania pyrizonem.

Wynik: Po 4 miesiącach zaszyto przetokę. Wyleczenie.

14. Bolton (Med. Record. 1901. I. p. 404). 42-letni mężczyzna. Chory od 8 tygodni. Stracił na wadze 31 funtów.

Stan obecny: Gorączka, ogólny upadek sił. Na dobę 16—23 wypróżnień śluzowo-krwawych. Owrzodzenia w kiszce.

Leczenie: *Coecostomia* (m. Kader). Potem przemywania lapisem za pośrednictwem grubego cewnika gumowego.

Wynik: Po 6 tygodniach przetoka zamknięta. Chory rychło przychodzi do zdrowia.

15. 16. 17. Gibson (Boston med. and surg. Journ. 1902 Sept.). Wywiady?

Stan obecny: *Colitis ulcerosa et dysenteria chronica.*

Leczenie: *Coecostomia* (m. Kader) i przemywania stąd w kierunku do odbytnicy, rozszerzonej wziernikiem, słabymi (1 : 20000) rozczynami azotanu srebra.

Wynik: Wszyscy trzej chorzy wyleczeni.

18. Hale White i Golding-Bird (The brit. med. Journ. 1902 I. p. 1337). Wywiady?

Stan obecny: *Colitis membranacea.*

Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.*

Wynik: Przetokę zaszyto po 1 roku. Wyleczenie.

19. Tenże. Wywiady?

Stan obecny: *Colitis membranacea.*

Leczenie: *Colostomia inguinalis dextra.*

Wynik: Przetokę zaszyto po $1^1/_2$ r. Na razie objawy ustąpiły, powróciły jednak po $1^1/_2$ roku.

20. Tenże Wywiady?
Stan obecny: *Dysenteria chronica*.
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextra*.
Wynik: Zaszyto rzyć sztuczną po 2½ latach. Wyleczenie.

21. Norman Dalton (tamże). Mężczyznu, lat ?, nabawił się czerwonki w Afryce południowej.
Stan obecny: *Dysenteria chronica*.
Leczenie: *Ileostomia* tuż przed zastawką Bauhina. Potem przemywania (?).
Wynik: Przetokę zaszyto (kiedy?) i osiągnięto całkowite wyleczenie.

22. Monier Williams (tamże). Wywiady?
Stan obecny: Na dobę około 20 wypróżnień. Wyniszczenie znaczne. *Dysenteria chronica*.
Leczenie: *Colostomia inguinalis dextr.*
Wynik: W otoczeniu odbytu sztucznego potworzyły się uporczywe owrzodzenia. Po zaszyciu otworu (kiedy?) wyzdrowiał zupełnie.

23. Weir (Med. Record 1902. II, p. 201). Mężczyzna 30-letni, nabawił się czerwonki przed 2 laty w Indyach
Stan obecny: Dziennie 10—15 wypróżnień z domieszką śluzu, ropy i krwi.
Leczenie: *Coecostomia m. Kader-Gibson* i stąd przemywano kiszkę błękitem metylenowym, lapisem i zawiesiną bismutu.
Wynik: Szybkie wyleczenie.

24. Weir (tamże). Mężczyzna 31-letni, już od trzech lat miewa biegunkę.
Stan obecny: Obecnie stolce z obfitą domieszką krwi i stąd znaczna niedokrwewność (erytrocytów 2024000). Laparotomia próbna wykazała zgrubienie całej kiszki.
Leczenie: *Appendicostomia* (Wyrostek drożny dla cewnika Nr. 12) i przemywania kiszki.
Wynik: Po 2 miesiącach znaczna poprawa.

25. Boas (Deutsche med. Wochenschr. 1903, Nr. 11) i Heiner (Chirurgen Kongres XXXII 1903). Kobieta 28-letnia, chora od 8 lat.
Stan obecny: Obecnie 4—5 wypróżnień na dobę z krwią i ropą. W wypróżnieniach kryształy Charcot-Leydena. *Colitis ulcerosa*.
Leczenie: *Coecostomia* (oper. Dr. Steiner) poczem przemywano kiszkę azotanem srebrowym i nalewką jodową.
Wynik: Po 11 miesiącach zaszyto przetokę. Wypisano chorą w dobrym stanie zdrowia. Po 2 latach stwierdzono stan pomyślny.

26. Körte (Vereins-Beilage d. deutsch. med. Wochenschr. 1903, p. 50). Mężczyzna, lat?
Stan obecny: *Dysenteria chronica* Parcie. W wypróżnieniach ropa i krew.
Leczenie: *Coecostomia* i przemywania rozmaitymi środkami. Po ½ roku oddzielono jelito biodrowe od kątnicy i wszyto je w ranę.
Wynik: Po drugiej operacyi musiano zaniechać przemywań z powodu bolesności. Odbyt sztuczny pozostawiono (w 2 lata po operacyi). Gorączka i bole ustąpiły.

27. Ewald (tamże). Mężczyzna 30-letni.
Stan obecny; *Dysenteria chronica*.
Leczenie: I. *Anus praeternaturalis* na górnej części okrężnicy zstępującej (Dr. Peltasohn) i przemywania. Gdy po zaszyciu przetoki (kiedy?) dawne przypadłości powróciły II. *colostomia* po prawej stronie (Trendelenburg).
Wynik: Po ostatniej operacyi upłynęło 6 lat — mimo to wyleczenia nie osiągnięto. Stan ogólny nieco się tylko poprawił i to nie stale.

28. Summers (Journ. of the americ. med. Ass. 1903 Juli). 34-letni mężczyzna miewa od 2 r. ż. różne dolegliwości w zakresie odbytnicy.
Stan obecny: Od ¾ roku w wypróżnieniach śluz, krew etc. W odbytnicy liczne, rozległe owrzodzenia.
Leczenie: Po dwóch próbnych laparotomiach i stwierdzeniu rozszerzenia gałęzi żyły krezkowej dolnej *coecostomia* i przemywania kiszki.
Wynik: Póki przetoka była otwartą, chory czuł się dobrze. Gdy po kilku miesiącach zamknęła się, dawne przypadłości zaczęły powracać.

29. Tenże (tamże). Wywiady?
Stan obecny: *Colitis ulcerosa chronica*.
Leczenie: *Coecostomia* (z zastawką, jak i w poprzednim przypadku).
Wynik: Wyleczenie.

30. Smythe-Memphis (tamże). W dyskusyi nad wykładem Summersa nadmienia, że w kilku (ilu?) przypadkach przewlekłej czerwonki użył z powodzeniem podobnego sposobu.

31. Nehrkorn (Dtsch med. Wochenschr. 1902 Nr. 1). 19-letni mężczyzna Od ½ roku zaparcie naprzemian z biegunką. W stolcach krew.
Stan obecny: Gorączkuje; — biegunka śluzowo-ropna, upadek sił, niedokrewność.
Leczenie: *Colostomia inguin. sin.* Na błonie śluzowej stwierdzono owrzodzenia
Wynik: Po 3½ m. zaszyto przetokę. Po 2 latach stwierdzono trwałe wyleczenie.

32. Nehrkorn (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XII Z. 2 i 3). 29-letnia kobieta. Już od 4 lat zauważa niekiedy krew w wypróżnieniach. Bole w lewej stronie brzucha.
Stan obecny: Zmiany przydatków macicznych po lewej stronie. W stolcach śluz i krew. Błona śluzowa w odbytnicy rozpulchniona z nielicznemi powierzchownemi owrzodzeniami. *Rectocolitis ulcerosa chronica*.
Leczenie: *Anus praeternaturalis* na pętli esowatej (Czerny) i przemywania obwodowej części kiszki roztworem kwasu salicylowego.
Wynik: Po ½ roku zaszyto przetokę. Wyleczenie.

33. Tenże (tamże). 24-letni mężczyzna. Zachorował przed rokiem. Biegunka. Znaczny upadek odżywienia i sił.
Stan obecny: W odbytnicy (w górze) stwierdzono liczne powierzchowne krwawiące owrzodzenia. W wypróżnieniach (8—10 na dobę) krew, śluz, ropa.
Leczenie: *Colostomia inguinalis sin.* (Czerny) i przemywania w górę i ku dołowi roztworem kwasu salicylowego.
Wynik: Najpierw znaczna poprawa, potem, gdy przetoka się zwęziła, pogorszenie. Rozszerzono przetokę, a po 6 tygodniach stan tak pomyślny, że przetokę zaszyto. Wyleczenie.

34. Tenże (tamże). Mężczyzna 48-letni. Chory prawie od 3 lat. W ostatnich czasach szalone parcie na stolec (40 50 wypróżnień na dobę).
Stan obecny: Niedokrewność Błona śluzowa odbytnicy rozpulchniona. *Colitis ulcerosa chronica*.
Leczenie: *Colostomia inguinalis sin.* (Czerny). Przemywania kiszki kwasem salicylowym i odwarem z rumianku.
Wynik: Poprawa postępowała bardzo powoli, jednakże ustąpiły bole i odżywienie się poprawiało Przetoka otwarta prawie od ½ roku

35. Wiesinger (Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 62). Kobieta 31-letnia. Chora od 3 lat.
Stan obecny: W odbytnicy liczne owrzodzenia
Leczenie: *Colostomia* na zgięciu wątrobowem okrężnicy, bez skutku. Następnie wyłączono znaczną część kiszki i to całkowicie. Pozostawiono przetokę na prawem zgięciu okrężnicy.
Wynik: Przetoka wnet się zamknęła. Chora 6 lat po operacyi żyje, zdrowa.

36. Giordano (Riv. veneta di sc. med. 1901). Kobieta 46-letnia. Prawie od ¼ roku bole i biegunka naprzemian z zaparciem stolca.
Stan obecny: W stolcach śluz i krew
Leczenie: *Ileo-colostomia*.
Wynik: Znaczna poprawa.

37. Tenże (tamże). 38 letni mężczyzna. Od roku biegunka (20—30 wypróżnień) Wychudnienie.
Leczenie *Ileo-sigmoidostomia*. Po 14 tygodniach niedrożność jelit. Założono odbyt sztuczny.
Wynik: Śmierć z powodu uwięźnięcia pętli użytej do anastomozy.

38. San-Martin (XIV internat. Med-Kongr. 1903) Kilka razy miał sposobność przekonania się o skuteczności kolostomii w przewlekłej czerwonce.

39. W. Meyer (Refer. w Centralblatt f. Chir. 1903. Nr. 45). Kobieta, lat?
Stan obecny: *Colitis chronica ulcerosa*.
Leczenie: *Appendicostomia* i przez cewnik przemywania roztworem azotanu srebrowego.
Wynik: Po ¼ roku stwierdził znaczną poprawę. Chorej przybyło na wadze 15 funtów.

40 Phocas (cytow. przez Labeya l. c). Dziecko 5-letnie.
Stan obecny: *Colitis acuta*.
Leczenie: *Ileocolostomia*.
Wynik: Wyleczenie.

41. Bernhard von Beck (Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 74 H. I). Mężczyzna 62-letni Chory od 2 lat. W wypróżnieniach śluz i krew.
Stan obecny: Znaczne wychudzenie. Część wstępująca i poprzeczna okrężnicy zgrubiałe i tkliwe na ucisk. *Colitis chronica*.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik: Objawy ustąpiły już po 4 tygodniach. Po 6 latach stwierdzono bardzo dobry stan zdrowia.

42. Tenże (tamże). Kobieta 29-letnia. Od roku kolki, śluz i krew w stolcach. Ból w kątnicy i okrężnicy wstępującej.
Stan obecny: *Colitis chronica tuberculosa*, ograniczona do kątnicy i kiszki wstępującej.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatę.
Wynik: Objawy jelitowe ustąpiły. Odżywienie się poprawiło. Po 2 latach umarła z gruźlicy płuc. Sekcyą stwierdzono, że gruźlica kiszek wygojona.

43. Tenże (tamże). Dziewczyna 20-letnia. Od roku po durze objawy *colitis* (stolce śluzowo-krwawe).
Stan obecny: Znaczne wycieńczenie. Cała kiszka od kątnicy aż po pętlę esowatą ma ściany naciekłe i skurczone, kruche. *Colitis polyposa*.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą (guzikiem Murphyego).
Wynik: 6-go dnia po operacyi śmierć z zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia.

44 Tenże (tamże). Kobieta 36-letnia. Chora od 8 miesięcy po przebyciu zapalenia jelit.

Stan obecny: Znaczny upadek sił, odżywienia etc.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik: Bardzo szybkie wyzdrowienie. Dziś całkowicie zdrowa.

45. Tenże (tamże). Kobieta 37-letnia. Dawniej wrzód żołądka, zrosty około żołądkowe, zapalenie woreczka żółciowego i zrost poprzecznicy z woreczkiem i objawy zapalenia kiszki.
Stan obecny: Parcie, od roku stolce śluzowo-krwawe, wychudzenie, niedokrewność, przygnębienie.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik znakomity.

46. Tenże (tamże). Dziewczyna 22-letnia. W r. 1900 zapalenie okołokątnicze; w r. 1901 przewlekłe zapalenie kiszki z morzyskiem i stolcami śluzowo-krwawymi. W r. 1902 świeży napad zapalenia wyrostka robaczkowego.
Stan obecny: Po drugim napadzie zapalenia wyrostka robaczkowego objawy zapalenia kiszki coraz to cięższe.
Leczenie: Połączono jelito biodrowe z pętlą esowatą.
Wynik: Znaczna poprawa, równająca się wyleczeniu.

(Dokończenie nastąpi).

## IV. Wyciągi.

Prof. Kehr. **O operacyi wykonanej na Waldeck-Rousseau.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 35, 1904). K. na życzenie redakcyi opisuje wskazania i przebieg operacyi na p. Waldeck-Rousseau. Przebieg choroby był następujący: Chory l. 58, przedtem zupełnie zdrów, zachorował w późnej jesieni 1903 zupełnie nagle po silnem wzruszeniu umysłowem na żółtaczkę. Bólów nie było żadnych, nasilenie żółtaczki wahało się do wiosny 1904, poczem zjawiły się brak łaknienia i upadek sił. W maju 1904 dwaj chirurdzy francuscy wykonali pierwszą operacyę, a czując w głębi w głowie trzustki stwardnienie wielkości orzecha laskowego, które uważali za raka, nie odsłoniwszy przewodów żółciowych ani trzustki połączyli tylko pęcherzyk żółciowy z jelitem czczem. Pęcherzyk żółciowy miał być wielki i otoczony zrostami, a zawierał treść gęstą, kleistą. W osiem dni po operacyi trzy silne krwotoki z rany, po których chory przyszedł do siebie, żółtaczka jednak, świąd skóry i bezsenność trwały dalej. W przeciągu roku spadł ciężar ciała z 160 na 110 funtów. W trzy miesiące po operacyi zastał K. chorego wycieńczonego, z silną żółtaczką i objawami żółcicy (*cholaemia*). Brzuch nie był bolesny, wątroba znacznie powiększona, lecz gładka i nie bardzo twarda. Wolnego płynu, ani wymacalnego guza w jamie brzusznej nie było. Tętno regularne, silne (84). Mocz bez białka i cukru zawierał wiele barwika żółciowego: kał bezbarwny; serce i płuca zupełnie zdrowe. K. rozpoznał przewlekłe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, czy jednak przez nowotwór (rak przewodu żółciowego, trzustki, dwunastnicy), czy też przez zapalenie trzustki, kamyk lub zrosty, trudno było rozstrzygnąć. Na podstawie swego doświadczenia, opartego wówczas na 947 laparotomiach z powodu kamicy żółciowej, osądził K., że 70% przemawia za rakiem, 10% za kamykiem i 20% za przewlekłem zapaleniem trzustki. Za rakiem przemawiały a) wiek i płeć chorego (raki trzustki zdarzają się o wiele częściej u mężczyzn, niż u kobiet), b) prawie bezbolesny przebieg choroby (możliwy i przy kamyku), c) ciężka żółtaczka (zdarzająca się jednak i przy kamykach, tkwiących w uchyłku Vatera), d) charłactwo (zdarzające się również i przy niedrożności z powodu kamyka). Przeciw rakowi przemawiały nagły początek i zmienność żółtaczki i stosunkowo długo, bo prawie rok trwająca choroba. Zdarzają się jednak przypadki włóknistego raka trzustki, kończące się dopiero po dwóch latach śmiercią. Stanowcze rozpoznanie było niemożliwe. Pewnem było, że wykonana przed trzema miesiącami operacya nie odniosła skutku, gdyż żółtaczka była bardzo znaczna.

Bez operacyi chory musiałby był umrzeć bez względu na to, czy istniało cierpienie łagodne, czy złośliwe. W pierwszym przypadku można było chorego uratować, a za kamykiem lub zapaleniem trzustki przemawiało przecież 30%. K. wiedział, że z powodu zrostów operacya będzie bardzo trudna, lecz wobec dobrego stanu serca i nerek można było się spodziewać, że chory wytrzyma i tę drugą, od pierwszej o wiele cięższą operacyę. Chory dostał chlorek wapniowy, by zapobiedz krwotokowi, K. operował tylko ze swoim asystentem i swoją służbą, jedynie chloroformowanie powierzył lekarzowi francuskiemu, który zwyczajem tamtejszym wykonywał je zapomocą chustki; niestety K. nie miał przyrządu dla uśpienia tlenochloroformowego. Operacya była bardzo ciężka. Krwawienie z powłok brzusznych było bardzo obfite, jak zawsze w żółcicy. Założono wszędzie zaciski i większe naczynia natychmiast podwiązano. Wątroba była wielka, lecz miękka, marskości i raka w niej nie było. Woreczka żółciowego nie można było znaleźć. Prawą ręką wymacał K. w głębi za dwunastnicą twardy, z kilku mniejszych złożony guz, wielkości pięści, który można było uważać za raka trzustki. Lecz i przewlekłe zapalenie trzustki wywołuje wybitne, z mniejszych guzów złożone stwardnienia, a ponieważ w więzadle wątrobowo-dwunastniczem nie można było wymacać gruczołów i nie było śladu puchliny brzusznej, więc nie można było wyłączyć i zapalenia trzustki i dlatego nie wolno było przerwać operacyi. W dziennikach rozgłoszono, że ogromny krwotok zakończył życie chorego i że K. wyciął raka trzustki; jednemu i drugiemu K. przeczy. Postanowił on jedynie zatrzymaną żółć odprowadzić, lecz odszukanie woreczka żółciowego wśród rozległych zrostów było trudne i długo trwało. Z początku K. wziął prawy kulisty, miękki płat wątroby za woreczek, naklół go i naciął, co przedłużyło operacyę o pięć minut. Nareszcie po długiem szukaniu znalazł woreczek prawie próżny i wiotki, co właśnie utrudniało jego odszukanie. Z naciętego woreczka wydobyto nieco mętnej wydzieliny i kawałeczek niestrawionego melonu. Dawniejsze połączenie woreczka z jelitem nie miało celu, gdyż przewód pęcherzykowy był zaciśnięty przez zrosty; oddzielenie ich trwało godzinę. Ponieważ u chorego rozpoczął się zapad, musiano operacyę przyśpieszyć; K. włożył w otwarty woreczek sączek gumowy, zamknął go szczelnie i otworzył przewód żółciowy, gruby prawie na dwa palce, z którego jasna żółć łukiem wytrysła. Przez nagły spadek ciśnienia w wątrobie zapad stał się może jeszcze głębszym, narkotyzer naglił do pośpiechu, nie było można ukończyć zamierzonej choledocho-duodenostomii lub połączenia woreczka z przewodem żółciowym, należało ograniczyć się do sączkowania przewodu wątrobowego. Operacya trwała $1\frac{1}{2}$ godziny. Chorego przeniesiono do łóżka, tętno się poprawiło, po godzinie jednak znowu znikło i mimo wszelkich środków podniecających, wlewań roztworu soli i t. d. chory w $1\frac{1}{2}$ godziny po operacyi życie zakończył.

K. broni się przeciw zarzutom tem, że rozpoznanie do ostatniej chwili było niepewne, a operacya była wskazana nawet wtedy, gdyby napewno rozpoznano raka, gdyż w ostatnim czasie udało się już kilka doszczętnych operacyi raka woreczka i przewodów żółciowych (Körte, Majo, Robson i Kehr). Przewlekłe zapalenie trzustki tylko bardzo trudno odróżnić od raka i dlatego K. przy zatkaniu przewodu żółciowego przez guz zawsze operuje, a jeśli zamiast zapalenia trzustki znajdzie raka, to dobrze wykonana anastomoza zawsze jeszcze łagodzić może straszne cierpienie. Waldeck-Rousseau nie miał nic do stracenia, mógł tylko zyskać. A choć prawdą jest, że nieunikniona strata krwi, działanie chloroformu na serce i długotrwała operacya przyśpieszyły zejście, to przecież właściwej przyczyny śmierci należy szukać w chorobie samej, która wywołała niedomogę wątroby i żółcicę. Wobec daleko posuniętej choroby i znacznego osłabienia chorego nie można się zatem dziwić, że operacya, podjęta z wskazań życiowych, nie odniosła spodziewanego wyniku. Sekcyi zdaje się zresztą nie było i dlatego ostatecznie niewiadomo, czy było przewlekłe zapalenie, czy rak trzustki. (Czy nie był to jednak na pewno rak i dlaczego K. nie uwierzył operatorom francuskim? *Sprawozd.*). *Dr. J. Fels.*

Prof. Wagner v. Jauregg. **O leczeniu matołectwa endemicznego zapomocą kołaczyków z gruczołu tarczowego.** (*Wien. kl. Wochen.*, Nr. 30, 1904). Autor, zachęcony nadzwyczajnymi wynikami podawania gruczołu tarczowego w odosobnionych przypadkach matołectwa, wpadł na myśl stosowania tegoż środka w matołectwie endemicznem. Na wniosek jego najwyższa Rada Zdrowia nakazała wykonać doświadczenia w kilku zakładach dla matołków w Austryi Niższej i Styryi; sprawozdania mają być wkrótce ogłoszone. Prof. Wagner sam udał się do Judenburga, gdzie zdołał przy pomocy ludzi chętnych zebrać około 78 matołków, u których rozpoczął wskazane leczenie. Wiek ich dochodził nawet do lat 23, najwięcej było dzieci między 3 a 14 rokiem życia. Z początku dostarczał kołaczyków z gruczołu tarczowego bezpłatnie szpital powszechny na zlecenie Ministerstwa, później jednak firma Burroughs, Wellcome and Comp dostarczyła przeszło 10.000 kołaczyków również bezpłatnie. Prof. Wagner rozpocząwszy działalność swą w r. 1900, od czasu do czasu przyjeżdżał do Judenburga dla peryodycznych oględzin pacyentów; obecnie po latach czterech występuje ze znakomitymi wynikami. Z tablic statystycznych widać najwyraźniejszy skutek leczenia, t. j. wzrost długości ciała, który już po 3 miesiącach leczenia można było stwierdzić. W ciągu 15-miesięcznego leczenia długość wzrastała od 5 do 15 cm. W żadnym przypadku nie był wzrost mniejszym od prawidłowego, natomiast przeważnie większym.

Ciekawy jest przypadek, dotyczący 23-letniego matołka, któremu w ciągu 30 miesięcy przybyło prawie 12 cm. Wzrost taki w tym wieku jest niezwykłym; widać, że u tego chorego nie nastąpiło jeszcze skostnienie chrząstek nasadowych. Autor zwraca

uwagę, że nie we wszystkich miejscowościach tak szybko chorzy wzrastali, przypuszcza więc, że przyczyną tego jest silniejsze działanie czynnika chorobotwórczego w danej miejscowości. W parze ze wzrostem długości szedł ubytek wagi ciała, wychudnienie, na oko już widoczne. Dzieci traciły przytem bladą, niezdrową cerę twarzy, łaknienie znacznie się poprawiało, zamiast dotychczasowej apatyi pojawiało się polepszenie pobudliwości psychicznej. Dzieci zaczynają biegać, bawić się, budzi się u nich ciekawość, popęd naśladowczy; te, które są zdolne mówić, zaczynają mówić, spiewać; niektóre stają się zdolnemi do nauki szkolnej. Z dalszych skutków leczenia zasługują na uwagę znikanie wola, zarastanie dotąd otwartych ciemiączek, pomniejszenie się nadmiernie rozrosłego języka.

Krótko mówiąc, po trzechletniem leczeniu stan matołków znakomicie się poprawił. Co do dawkowania, to prof. Wagner poleca podawać kołaczyki, zawierające po 0,324 gr. substancyi, po jednym dziennie, najwyżej dwa; u bardzo małych dzieci wystarcza pół kołaczyka dziennie. *Dr. R. Merunowicz.*

Prof. Grawitz. **Nowsze doświadczenia co do leczenia niedokrewności złośliwej.** (*Deutsche medic. Wochen.*, 1904, Nr. 30 i 31). Grawitz podał już dawniej własną teoryę o powstawaniu niedokrewności złośliwej; w obecnej pracy stara się ją dokładniej uzasadnić, zwalczając zdanie Ehrlicha, że niedokrwność złośliwa jest chorobą pierwotną krwi lub szpiku kostnego. G. uważa chorobę tę za drugorzędne ciężkie zwyrodnienie ciałek krwi, połączone z silną czynnością twórczą szpiku; zwyrodnienie to wywołują trucizny, działające na ciałka krwi czerwone. Trucizny te dostają się do ustroju albo z zewnątrz (arsen, morfina, ołów, tlenek węgla i t. p.) lub też powstają w samym ustroju w przewodzie pokarmowym, a stąd ulegając u osobników szczególnie wrażliwych łatwo wessaniu, działają trująco na składniki krwi, szczególnie na ciałka czerwone. Powstają zaś te trucizny w przewodzie pokarmowym bądź wskutek niedostatecznego rozkładu ciał białkowatych, bądź też wskutek silnego rozwoju rozmaitych mikrobów. Że przypuszczenie jego jest najprawdopodobniejsze, stara się Grawitz udowodnić na całym szeregu przypadków tej choroby, gdzie pod wpływem odpowiedniego leczenia wszelkie objawy niedokrewności zupełnie ustąpiły. Leczenie to polega na pożywieniu roślinnem *per os*, podawaniu substancyi białkowatych w lewatywach odżywczych, codziennem płukaniu żołądka i kiszek i podawaniu małych ilości kwasów (cytrynowego lub solnego), gdyż prawie zawsze u chorych na niedokrewność złośliwą spotyka się brak kwasu solnego w żołądku. Leki takie, jak arsen, podaje G. dopiero wtedy, gdy zaczyna się widoczna poprawa. W przypadkach niedokrewności złośliwej, leczonych w ten sposób, osiągał Grawitz niekiedy nadspodziewanie dobre wyniki, a zawsze wybitną poprawę. Te pomyślne wyniki leczenia przemawiają zdaniem G. za jego teoryą, gdyż zapomocą swego sposobu leczenia oczyszcza on przewód pokarmowy z trucizn i zapobiega dalszemu ich wytwarzaniu się; co więcej w niektórych przypadkach wyleczonych dobry stan utrzymuje się już przez kilka lat, co znowu przemawia przeciw innym teoryom powstawania niedokrewności, według których można osiągnąć tylko krótkotrwałe polepszenia bez ostatecznego wyleczenia.

Grawitz radzi więc we wszystkich przypadkach niedokrewności złośliwej, w których etyologia jest niejasna, użyć swego sposobu leczenia, usuwając bowiem ciała białkowate, podane przez usta, zapobiegamy równocześnie i powstawaniu trucizn w ustroju.

*Dr. M. Selzer* (Lwów).

Erik Faber. **Wpływ leczenia surowicą na śmiertelność w błonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, T. 59, Z. 5). Leczenie surowicą znacznie zmniejsza śmiertelność z błonicy, co polega na tem, że surowica przeciwdziała zatruciu jadami błoniczymi, które najczęściej przed wprowadzeniem surowicy bywało przyczyną śmierci; natomiast wpływ działania surowicy na zwężenie krtani i wiklające się z błonicą zapalenia płuc nie ma prawie znaczenia.

Im wcześniej w błonicy rozpoczęto leczenie surowicą, tem mniejsze niebezpieczeństwo, by chory zmarł wskutek zatrucia jadami błoniczymi, lecz niebezpieczeństwo dławca zstępującego lub zapalenia płuc z zejściem śmiertelnem jest jednakowe dla wszystkich chorych, bez względu na to, czy surowicę wstrzyknięto wcześnie, czy późno. To też w statystyce dławca przy zastosowaniu surowicy śmiertelność się nie zmniejsza, natomiast statystyka błonicy gardła ze względu na śmiertelność wskutek zatrucia jadami błoniczymi znacznie się poprawiła. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Siegert. **Bioferyna w praktyce dziecęcej.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 27, 1904). Bioferyna jest przetworem hemoglobiny, otrzymanym przez Prof. Cloetta w Zurychu. Nie zawiera ona żadnej przymieszki eteru, jest bardzo trwałą i wolną od drobnoustrojów. Jedynie tylko bakterya sienna, zresztą bez znaczenia, dała się wyhodować w czystej hodowli. Z powodu przyjemnego smaku i zapachu zażywają ją chętnie nawet tacy pacyenci, którzy mieli wstręt do hematogenu. W bardzo licznych przypadkach wybitny skutek okazywał się już po dwóch lub trzech tygodniach zażywania w postaci znacznego przyrostu hemoglobiny, wzmożonego łaknienia i wzmocnionych sił. Dawka dla niemowląt wynosi 5 grm. 1—2 razy dziennie; dla dzieci starszych 10—15 grm.; dla dorosłych 15—30 grm. dziennie. Bioferynę można zażywać rozcieńczoną z zimnem lub ciepłem mlekiem, wodą i t. d., oraz nie rozcieńczoną, najlepiej tuż przed jedzeniem. W praktyce dziecięcej wskazana jest bioferyna u niemowląt, żywionych wyłącznie mlekiem, począwszy od dziesiątego miesiąca: dalej u dzieci krzywiczych, zołzowatych, niedokrewnych, nerwowych i nie mających pociągu do jadła. Obok żelaza zawiera bioferyna wszystkie zaczyny, aleksyny i inne skuteczne składniki krwi. Czy żelazo hemoglobiny jako takie działa, czy też działa katalitycznie, jako przenośnik tlenu, to nie zostało dotąd rozstrzygnięte. *Dr. Blassberg.*

Conradi. **O zakażeniu mieszanem prątkami durowymi i paratyfusowymi.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 32, 1904). Do niedawna jedynie prątek Koch-Ebertha uchodził za przyczynę duru brzusznego, dopóki nie stwierdzono w kilku epidemiach, że i prątek paratyfusowy może być jedyną przyczyną sprawy chorobowej. Wiemy więc dziś, że jeden i drugi prątek mogą wywoływać wielokształtny obraz duru brzusznego. C. zdołał w kale jednej chorej już piątego dnia, więc w bardzo wczesnym okresie choroby, stwierdzić zapomocą hodowli obok licznych prątków duru i nieliczne prątki paratyfusowe. Również powiodło się wykryć obydwa prątki w wodzie, z której chora piła 10 dni przed rozpoczęciem się choroby. Stwierdzono zatem obydwa prątki tak w źródle zakażenia, jakoteż w ustroju chorej. Na tej podstawie twierdzi autor, że dur nie ma jednolitej etyologii i że zakażenie durowe i jego objawy kliniczne mogą powstać przez współdziałanie prątków durowych i paratyfusowych. *Dr. J. Fels.*

K. Alt. **O leczeniu wrodzonego obrzęku śluzakowego zapomocą gruczołu tarczowego.** (*Münchener med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 28). Autor miał w ostatnich 5 latach w zakładzie w Uchtspringe sposobność spostrzegać 12 przypadków obrzęku śluzakowego u dzieci, które leczono gruczołem tarczowym. Z tego było 7 bardzo wybitnych przypadków, dotyczących wyłącznie dziewcząt, u których zupełnie nie można było wymacać gruczołu tarczowego; w 5 pozostałych był on tylko bardzo mały. W dwóch z wspomnianych 7 przypadków można było niewątpliwie stwierdzić także przy sekcyi zupełny brak gruczołu tarczowego, ponieważ dzieci te zmarły z przypadkowych chorób (gruźlica prosówkowa, zapalenie włóknikowe płuc). Z wywiadów sądząc, przypisuje autor kile i gruźlicy u rodziców wpływ na wystąpienie wrodzonego braku lub częściowego zaniku gruczołu tarczowego u potomstwa. Wszystkie przypadki z wyjątkiem dwóch, w których stan sił na to nie zezwalał, leczono gruczołem tarczowym, co okazało się nader skutecznem, prawie swoistem leczeniem. Rozpoczynano zazwyczaj leczeniem przygotowawczem, dyetetyczno-fizycznem, celem usunięcia uporczywego zaparcia stolca i poprawy stanu odżywienia. Potem podawano zazwyczaj przez jakiś czas (ze względu na możliwe pochodzenie kilowe choroby) wewnętrznie jod, przyczem spostrzegano nieraz wybitną poprawę, głównie w stanie skóry. Wreszcie podawano Merckowskie pastylki z gruczołu tarczowego po 0·1 gr. Zrazu podawano po jednej co drugi dzień, potem codziennie, o ile nie pojawiały się zaburzenia czynności serca. Ważono chorych codziennie i w razie straty wagi przerywano natychmiast leczenie tyreoidyną. Aby zrównoważyć nadmierne wydzielanie substancyi azotowych w tem cierpieniu, dodawano do pokarmów troponu. Przy ostrożnem ciągłem podawaniu tyreoidyny autor spostrzegał wprost zdumiewające wyniki. Poprawa jednakowoż (z jednym wyjątkiem) znikała, jeżeli przerwano leczenie na czas dłuższy. O wyleczeniu trwałem nie może być mowy, bo od czasu do czasu trzeba u czasowo wyleczonych przecież dostarczyć ustrojowi substancyi do życia koniecznych, a przez ustrój nie wytwarzanych. Zadaniem gruczołu tarczowego w ustroju jest dostarczać tkankom (za pośrednictwem naczyń chłonnych) fermentu, koniecznego do utlenienia białka. Fermentem tym jest wykryta w wydzielinie gruczołu przez Baumana tyreoglobulina, zawierająca jod, nazwana przezeń tyreojodyną. Przez brak albo niedostateczną czynność gruczołu tarczowego wstrzymuje się pośrednie ogniwo wydzielnicze substancyi azotowych i powstaje samozatrucie śluzakowe, przez podawanie zaś gruczołu tarczowego lub tyreojodyny Baumana można sprawę utleniania białka dostatecznie uzupełnić i zapobiedz samozatruciu. *Dr. M. Blassberg.*

## V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

**Antrasolu** używał Silberstein (*Allgem. medic. Central-Zeitung*, 1904, Nr. 27) w przewlekłym wyprysku w postaci 10% maści, w trądziku różowym w postaci 5% kleiny antrasolowej i przekonał się, że odznacza się on łagodnością działania, nie drażniąc skóry nawet na twarzy i mosznach. Mydło antrasolowe działało dobrze w trądziku zwykłym i świerzbiączce. Wogóle ma antrasol wybornie łagodzić świąd. W chorobach pasorzytnych, jak świerzb, liszaj wyłysiający, łupież pstry, najlepiej używać antrasolu w maściach lub w roztworze wyskokowym albo w mydłach. Mędoweszki usuwa zmywanie mydłem antrasolowosiarczanem. Wreszcie nadaje się antrasol w $2^1/_2$% roztworze zamiast wody smołowej do wziewań, przy których nie zauważono nigdy szkodliwego działania na nerki. Również Sklarek (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 25) był bardzo zadowolony z działania antrasolu w różnych postaciach wyprysku, oraz w świądzie. W podostrych sączących pęcherzykowych wypryskach zaleca S. łączyć 3% maść antrasolową z 6% lenigallolu.

*Alk.*

**Aceton-chloroform (chloreton).** Wheder i Fawcett uważają ten środek za znakomity lek przeciw chorobie morskiej w dawkach po 0,6, później po 0,3 co 3 godz. Chloreton można podawać także chorym z organicznemi chorobami serca i nerek. Zapisuje się: Rp. *Aceton-Chloroformii* 0,3. *Dent. tal. dos. ad caps. amyl. S.* Co 3—4 godz. kapsułkę zażyć. Według Bicklego można tym lekiem uśmierzyć także wymioty po zabiegach operacyjnych; tę uspakajającą własność można szczególnie wyzyskać przy znieczuleniu rdzeniowem. Można także przy znieczuleniu chloroformowem usunąć nieprzyjemne następstwa przez podawanie 1 gr. chloretonu 2 godz. po operacyi. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

*Baschkopf.*

**Acetopiryna.** Korzystnie o tem nowem połączeniu kwasu salicylowego z antypiryną wyrażają się de Moraes Miranda i Meitner, którzy się przekonali, iż ten przetwór nie wywiera wpływów pobocznych, właściwych innym przetworom salicylowym, jak upośledzenie trawienia, szum uszów i t. d. i dla tego nadaje się do leczenia ostrego gośćca stawowego, grypy i jako ogólny lek przeciwnerwobólowy. (*E. Merck's Jahresberichte*, styczeń, 1904).

*Baschkopf.*

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

#### I. Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1904 r.

Przewodniczący: Dr. Kośmiński, — sekretarz: Dr. Breiter.

I. Przewodniczący przedstawia jako gości: Dra Litwinowicza i Dra Sławnickiego.

II. Na członków czynnych przyjęci: Dr. Lewicki, Dr. Czaplicki, Dr. Daum i Dr. Czyżewicz *junior*.

III. Kol. Dr. Breiter. Przypadek *prolapsus uteri completus cum pyometra*. Przed kilku tygodniami zgłosiła się do kliniki osoba, lat 68 mająca, z pochwą zupełnie wynicowaną na zewnątrz, z objawami niemożności oddawania moczu i trudnością przy oddawaniu stolca. Stan taki trwa od kilku dni. Od 4 miesięcy pochwa wychodzi ze sromu, dawała się jednak dotychczas zawsze z łatwością odprowadzić ku górze. Badanie wykazuje guz znacznej wielkości, sterczący ze sromu o ścianach silnie napiętych, o powierzchni błyszczącej, suchej; około ujścia zewnętrznego macicy znaczne wrzody odleżynowe. Ciała macicy nie można było wybadać z powodu silnie napiętych ścian pochwy. W pierwszej chwili zdawało się, że mamy do czynienia z szybko powstałym znacznym obrzękiem, dlatego po bezskutecznych próbach odprowadzenia macicy i pochwy założono na cały guz opatrunek uciskający. Terapia ta jednak okazała się jednak pomimo stosowania ucisku różnymi sposobami przez kilka dni bezskuteczną, chora uczuwała coraz znaczniejsze dolegliwości. Podczas jednego badania spróbowano sondować macicę i w tym celu do szyi macicznej wprowadzono bez żadnych znaczniejszych trudności wąskie szczypczyki Chrobaka, poczem wydobyła się z macicy treść ropiasta w znacznej ilości, bo około 1 litra, a macica zaczęła się szybko zmniejszać. Rozpoznanie otoku ropnego macicy nie ulegało wątpliwości. Po oczyszczeniu jamy macicznej odprowadzono macicę i pochwę i założono krążek Brauna. Po kilku dniach macica powiększyła się na nowo z powodu nagromadzenia się w niej treści. Kilkakrotne (co kilka dni) wprowadzenie szczypczyków Chrobaka i wypuszczanie ropy z następowem pędzlowaniem nalewką jodową jamy macicy pozostało bez wybitnego skutku. Wówczas poleciłem fabrykantowi narzędzi chirurgicznych sporządzić rurkę metalową długości około 8 ctm., a średnicy 4 mm., zakończoną po obu stronach oliwkami, które zapomocą kilku otworków łączyły się z głównym przewodem rurki. Rurkę tę wprowadziłem do szyi macicy tak, że jedna oliwka znajdowała się powyżej ujścia wewnętrznego macicy, a druga przed ujściem zewnętrznem. W ten sposób drożność szyi była zapewnioną, treść zatrzymywała się wprawdzie w jamie macicy, lecz nadmiar jej spływał otworkami oliwek i kanałem rurki na zewnątrz. Obecnie chora żadnych znaczniejszych dolegliwości nie uczuwa; polecono jej tylko zgłaszać się co pewien czas w celu oczyszczenia rurki.

W rozprawach zabiera głos prof. Dr. Mars i opowiada przypadek, w którym podobną rurkę zastosowano dla przywrócenia drożności szyjki macicy. W wspomnianym przypadku istniało zwężenie szyjki skutkiem zbliznowacenia po odjęciu części pochwowej macicy.

IV. Kol. Dr. Bocheński: *Przedstawienie chorej z guzem uwięzniętym w miednicy małej*. I. I. lat 40, zamężna, izraelitka przyjęta do kliniki dnia 1 lutego b. r. Rodziła 8 razy prawidłowo, ostatni raz przed rokiem. Przez czas karmienia, t. j. do obecnej chwili, nie miesiączkuje. Zgłosiła się do kliniki z powodu niemożności oddawania moczu i stolca od 2 tygodni. — Badanie wykazało: Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana, niedokrewna. W płucach i sercu żadnych zmian wykazać nie można. W sutkach pokarm w obfitej ilości. Ciepłota ciała 38·8°, tętno przyspieszone, nieregularne. Linia środkowa ciemniej zabarwiona. Pęcherz moczowy bardzo znacznie rozszerzony, sięga 3 palce poniżej pępka; odprowadzono około 4 litrów moczu. Srom ziejący, sino zabarwiony, podobnie, jak to spostrzegamy podczas ciąży, tylna ściana pochwy obrzękła, wypukła się na zewnątrz szpary sromowej. Pochwa długa, szeroka, w górnej części szczelinowata, do szczytu jej dojść nie można, a temsamem i części pochwowej dosięgnąć trudno. Całą miednicę małą wypełnia guz elastyczny, ciastowaty, nie dający się poruszyć, sięgający ku górze 2 palce wyżej spojenia łonowego, który zarazem przemieszcza całą pochwę ku spojeniu łonowemu w ten sposób, że palec badający tylko z trudnością przesunąć można w pochwie ku górze, między guzem a tylną ścianą spojenia kości łonowych. Przy badaniu dwuręcznem z trudnością można wybadać po stronie prawej ponad ramieniem poziomem kości łonowej jakby część pochwową, zostającą w związku z tylną ścianą guza, wypełniającego miednicę małą.

Na podstawie powyższego badania rozpoznano: „*incarceratio uteri gravidi IV. m. retroflecti*“, za czem zdawała się przemawiać i ta okoliczność, że pacyentka sama obecność ciąży przypuszczała. Przez pierwsze 3 dni odprowadzano macicę jużto w ułożeniu na wznak, już też w kolankowo-łokciowem; nadto w miarę potrzeby odprowadzano mocz, stolce zaś wywoływano wlewaniami do kiszki stolcowej. Mimo dość energicznych zabiegów nie udało się macicy odprowadzić. Wobec tego postanowiono zastosować od 4 go dnia stały ucisk na macicę w celu jej odprowadzenia. Użyto dużych balonów Brauna, założono jeden do kiszki stolcowej, a drugi do pochwy, wypełniając każdy z nich 250 gr. wody i zostawiono przez 3 godziny. Po 2 dniach stan zmienił się o tyle, że można było dojść palcem do części pochwowej, ustawionej jeszcze w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego. Przez sklepienie tylne wyczuć można było postronki silnie napięte, przebiegające od guza w różnych kierunkach i gubiące się poza tylną ścianą pochwy. Chora zaczęła oddawać mocz dobrowolnie, często i w małych ilościach. W następnych dniach przy wyżej opisanem postępowaniu zstępowała część pochwowa niżej tak, że można ją było wybadać w wysokości dolnego brzegu spojenia łonowego. Ponieważ dotychczasowe postępowanie do celu nie doprowadziło, przeto w zamiarze odprowadzenia macicy uchwycono część pochwową kulociągiem, a po ściągnięciu jej próbowano guz wysunąć jeszcze wyżej, względnie sprowadzić macicę ku przodowi, co się jednak nie udało. Balony stosowano codziennie po 3 godziny przez 2 tygodnie. W ciągu tego czasu ciepłota ciała stopniowo opadała, tętno wolniało, przypadłości, na jakie się chora żaliła, ustępowały tak, że po 2 tygodniach ciepłota ciała była prawidłową, tętno dochodziło do 76 uderzeń, chora oddawała mocz zupełnie dobrze, 4—5 razy na dobę, stolce dobrowolne, bez bólów. W czasie tym obraz choroby zmienił się nadto bardzo znacznie, a mianowicie: Zasinienie pochwy i sromu, przedtem bardzo wyraźne, prawie zupełnie ustąpiło, jak również i obrzęk tylnej ściany po-

chwy; nadto guz, wypełniający przedtem całą miednicę małą, zmalał o połowę, a zbitość jego z elastycznej stała się więcej twardą. Guz w całości daje się obecnie swobodnie wysunąć ponad wchód miednicy, przyczem część pochwowa schodzi nizko i ustawia się prawie w osi miednicy. Wspomniane wyżej postronki, wypadalne jeszcze przez tylne sklepienie, napinają się dopiero przy silnem wysunięciu guza ku górze. Na podstawie tego badania zmieniono pierwotne rozpoznanie na następujące: *Guz wychodzący z ciała macicy, uwięzniety w miednicy małej z dalszymi następstwami.*

Opisany wyżej przypadek jest ciekawy z tego względu, że objawy, z jakimi pacyentka do kliniki się zgłosiła, zgodnie z badaniem przedmiotowem uzasadniały w zupełności pierwotne rozpoznanie, t. j. uwięznięcie macicy ciężarnej. Dalsze spostrzeganie pozwoliło omyłkę rozpoznawczą naprawić, co znów zawdzięczyć należy zastosowaniu wyżej podanego leczenia. Ucisk stały, stosowany zapomocą balonów, coraz silniej wypełnianych wodą, okazał się skuteczniejszym, aniżeli chwilowy, nawet dość energiczny, wywierany ręcznie. W miarę wysuwania guza ku górze ustępował stopniowo i obrzęk tylnej ściany pochwy, jakoteż i guza, który to obrzęk dawał uczucie zbitości guza ciastowatej, a nawet elastycznej i był jednym z powodów mylnego rozpoznania. Kiedy guz już zupełnie ku górze się wysunął, a obrzęk guza ustąpił, wówczas dopiero można było postawić należyte rozpoznanie. Sądzę, że nie minę się z prawdą, jeśli ośmielę się twierdzić, że każdy położnik w tym przypadku, badając chorą w chwili przyjęcia jej do kliniki, rozpoznałby był tak samo uwięznięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej, a niejeden może, wobec niemożności ręcznego odprowadzenia a wybitnych objawów uwięznięcia, byłby skłonny (i nie bez racyi) do zabiegów doszczętniejszych.

Po zbadaniu przedstawionej chorej wśród ożywionych rozpraw, kol. Dr. Sołowij oświadcza się za rozpoznaniem włókniaka macicy; kol. Dr. Skałkowski przypuszcza w tym przypadku przewlekłe zapalenie macicy i radzi próbować odpowiedniego postępowania leczniczego; kol. prof. Dr. Mars uważa ten guz za włókniakomięsaka i radzi operować; kol. Dr. Kośmiński zwraca uwagę, iż przypadek ten zasługuje na uwagę z tego powodu, że w chwili przyjęcia do kliniki był niezmiernie trudny do rozpoznania. Wobec istnienia w tym przypadku bardzo wyraźnych objawów, jakie zwykle spotykamy w początkach ciąży, należało w pierwszym rzędzie przypuszczać możliwość ciąży. Przypadek ten niech będzie nauką, jak ostrożnym należy być przy rozpoznawaniu różniczkowem guzów, zaklinowanych w miednicy małej.

V. Kol. Dr. Czaplicki: *Przypadek ciąży prawdopodobnie śródściennej i poród drogą naturalną.* K. Z., lat 21, pierwiastka, zgłosiła się do kliniki 8 lutego 1894 r., przysłana z polikliniki, gdzie przed tygodniem zasięgała porady lekarskiej. Badanie wykazało: brzuch znacznie wysklepiony przez guz, odpowiadający własnościami powiększonej macicy, sięgającej do wyrostka mieczykowatego. W wysokości pępka znaczne przewężenie macicy tak, że miała ona kształt klepsydrowaty. Nad wchodem miednicy główka płodu ruchoma; w dnie pośladki; grzbiet płodu i tony po stronie lewej. Wymiary miednicy: *D. sp.* $24^1/_2$; *D. cz.* 28; *D. tr.* $30^1/_2$; *conjug. ext.* $20^1/_2$; obwód 92 ctm. Badanie wewnętrzne: Srom pierwiastki, pochwa długa, wązka, część pochwowa dług. $^3/_4$ falangi, rozpulchniona, z ujściem drobnem, dołeczkowatem; przez sklepienie przednie główka wyczuwalna, położona nad wchodem miednicy, ruchoma. Następnego dnia wystąpiły bole porodowe. Podczas badania o godz. 9 rano stan był następujący: część pochwowa zanikła, ujście drożne dla palca, pęcherz płodowy gruby, nad którym znajduje się dość znaczna ilość wód poprzedzających. Przez sklepienie przodkowe czuć główkę nad wchodem ruchomą, od strony lewej niewyraźny obrzęk ciastowaty w sklepieniu lewem i tylnem, który uważano za nizko umiejscowione łożysko. Rozpoznano: *parturiens, probabiliter accretio profunda placentae,* a nieustalenie główki u pierwiastki odniesiono właśnie do nizkiego domniemanego usadowienia łożyska.

Tegoż dnia o godz. $2^1/_2$ po południu pękł pęcherz przy ujściu rozwartem na koronę, poczem zaraz ustaliła się główka, a w $10^1/_2$ godzin, t. j. o godz. 1 w nocy, urodził się prawidłowy żywy płód męzki, donoszony. Macica przedstawiała po porodzie kształt nieprawidłowy, mianowicie cały róg lewy był znacznie wyciągnięty na bok i ku górze, podczas gdy prawy nieznacznie tylko był zaznaczony. Stan ten był wybadalny jeszcze przez kilka dni po porodzie. Kształt ten macicy po porodzie i stosunki przed porodem wytłómaczyliśmy sobie dopiero, słysząc opowiadanie, że w tym przypadku w poliklinice rozpoznano przed tygodniem ciążę zamaciczną. Łącząc fakty, przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z ciążą w lewym śródściennym odcinku trąbki. W ostatnich dniach przed przybyciem rodzącej do kliniki, wskutek silniejszych ściągań macicy, główka zstąpiła do dolnej części jamy macicy, ciążą niezajętej, która leżała poniżej przewężenia, na zewnątrz wybadanego, a położonego w okolicy pępka. Tem też należy sobie tłómaczyć nieustalanie się główki prawidłowych rozmiarów u pierwiastki o prawidłowej miednicy, łożysko bowiem wbrew przypuszczeniu znajdowało się w dnie macicy po stronie prawej.

Opowiadanie wyników badania, przed tygodniem przez kol. Dra Skałkowskiego w poliklinice dokonanego, potwierdza nasze przypuszczenia tak, jak stan obecny i nasze spostrzeganie potwierdzają słuszność rozpoznania ciąży zamacicznej, postawionego przez kol. Dra Skałkowskiego. Odnośnie do tego przypadku przedstawił następnie kol. Dr. Skałkowski stan, jaki znalazł przedtem, badając osobę tę w poliklinice. Zaznacza, że pewnego rozpoznania na razie postawić nie można było, należało w każdym razie myśleć o ciąży zamacicznej, względnie o ciąży śródmiąższowej, lub też przypuszczać ciążę, rozwijającą się w macicy jednorożnej.

W dalszych rozprawach przemawiali kol. prof. Dr. Mars, kol. Dr. Zawadil, kol. Dr. Kośmiński, kol. Dr. Kwiatkiewicz i kol. Dr. Czaplicki.

VI. Kol Dr. Czyżewicz *junior* przedstawia chorą z ograniczoną formą przerostu naskórka części pochwowej. Pacyentka przechodziła przed 4 laty zapalenie macicy i cierpi od ostatniego porodu, t. j. od 3 lat, na wypadanie macicy niecałkowite. Zmiany miejscowe przedstawiają się jako znaczny przerost przyskórka części pochwowej, najsilniejszy wkoło ujścia, gdzie powstały typowe kłykciny brodawkowe, które nawet zachodzą do szyi. Przerost ten rozchodzi się promienisto na wszystkie strony, przyczem natężenie sprawy stopniowo maleje. Właśnie to nieczęste umiejscowienie czyni ten przypadek zajmującym. Zazwyczaj bowiem przy wypadaniu pochwy i macicy jednostajnemu przerostowi ulega część wypadła, proces jednak ogranicza się na te części — podczas gdy w przedstawionym przypadku zmiana ominęła zupełnie wypadającą pochwę, a usadowiła się li tylko na części pochwowej. Dlatego też należy sprawę — zdaniem prelegenta — odnieść wstecz do czasu, w którym chora przebywała zapalenie macicy. Naskórek, drażniony wydzieliną, wydobywającą się z szyi macicy, ulegał przerostowi i to tem bardziej, im bliżej znajdował się źródła choroby, t. j. ujścia macicy.

VII. Kol. Dr. Kośmiński: *Przypadek przemijającego wodonercza (hydronephrosis intermittens) u osoby ciężarnej.* H. M. lat 30, kat., zamężna od lat 6. Rodziła 4 razy, ostatni raz przed $1^1/_2$ rokiem. Regularność zawsze była prawidłowa, ostatnia z początkiem lipca 1903 r. Obecnie jest w ciąży po raz piąty i od kilku miesięcy doznaje silnych bolów i prężenia w okolicy podżebrza lewego. Podobne bole w podżebrzu lewem miały występować, według podania chorej, już w czasie poprzedniej, to jest czwartej ciąży, jednak w znacznie mniejszem, niż obecnie nasileniu. Badanie stwierdza u osoby ciężarnej w $9^1/_2$ miesiącu księżycowym guz wielkości dużej głowy osoby dorosłej, wychodzący z głębi podżebrza lewego, okazujący wybitne chełbotanie, o powierzchni gładkiej. W czasie trzechmiesięcznego pobytu w klinice położniczej przekonano się kilkakrotnie, że guz ten od czasu do czasu znacznie się powiększa, jak n. p. obecnie, przyczem chora doznaje bardzo silnych bolów, a nawet zauważono w tym czasie podwyższenie ciepłoty, dochodzące do 37·6°C. i przyspieszenie tętna do 120. W czasie takiego napadu ilość moczu wydzielanego w ciągu doby wyraźnie się zmniejszała przez kilka dni i dochodziła zaledwie do 1000 ctm. sz., poczem następowało obfitsze wydzielanie moczu do 2500 ctm. sz. na dobę, a równocześnie guz powyżej opisany zmniejszał się i to czasem tak dalece, że tylko z trudnością wybadać go było można. Badanie, w tym czasie przedsięwzięte, wykazało w głębi okolicy podżebrza lewego guz nieco elastyczny, podłużny, wielkości małej główki noworodka, odpowiadający umiejscowieniem powiększonej nerce lewej. Badanie moczu wykazywało, zwłaszcza zaraz po napadzie, ślad białka w ilości 0·013%, a w osadzie liczne, częścią zwyrodniałe nabłonki dróg moczowych i ciałka wypocinowe. Rozpoznanie przemijającego czasowego wodonercza jest w tym przypadku zatem najprawdopodobniejsze. Co do przyczyny jednak, która sprowadza tę czasową niedrożność lewego moczowodu, rozpoznać jej na pewne obecnie nie można. Kilka bowiem przyczyn musimy w tym przypadku mieć na

względzie, a mianowicie przedewszystkiem zagięcie moczowodu, dalej nieprawidłowy przebieg moczowodu i ucisk przez powiększoną macicę, znaczniejszych rozmiarów nieprawidłowe fałdy błony śluzowej moczowodu, a wreszcie blizny lub zgrubienia po sprawach zapalnych w najbliższem otoczeniu moczowodu. Jak dotychczas niema ścisłego wskazania do wystąpienia czynnego w tym przypadku i dlatego postanowiono doczekać przedewszystkiem końca ciąży. W czasie porodu powinna jednak chora znajdować się pod ścisłą obserwacyą i gdyby poród się przeciągał, działanie tłoczni było zbyt energiczne, a równocześnie wodonercze to było w tym czasie znaczniejszych rozmiarów, to z obawy, aby ściany wodonercza nie pękły pod działaniem wzmożonego parcia śródbrzusznego, należałoby w danym razie przystąpić do szybkiego ukończenia porodu.

Następuje przedstawienie chorej, a po zbadaniu jej zabierają głos w rozprawach: kol. Dr. Sołowij, kol. Dr. Skałkowski, kol. Dr. Bylicki i kol. Dr. Kośmiński.

## Sekcya nowosądecka Tow. lekarskiego galicyjskiego.

### Posiedzenie naukowe z dnia 4 lipca 1904 r.

Przewodniczący Dr. J. Filewicz, obecnych członków 8.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Kol. Dr. E. Zieliński przedstawia 3 chorych szpitalnych.

a) Chorego, u którego po urazie w okolicę międzykrocza wystąpiło z czasem tak znaczne zwężenie cewki moczowej, że powstały objawy bezmoczu. Wykonano *sectio alta* i założono gumowy zbiornik na mocz. Przed tem próbowano wykonać *sectio mediana*, lecz ta nie doprowadziła do celu.

b) Chłopaka 7-letniego, u którego po urazie w podudzie prawe pękła kość goleniowa w kierunku poprzecznym i podłużnym. Po wypadku chory jeszcze chodził. Ropienie, które się przyłączyło pomimo braku uszkodzeń zewnętrznych skóry, wywołało obumarcie nadłamanych części i trzeba je było usunąć zapomocą sekwestrotomii.

c) Przypadek wodnistości krwi (*hydraemia*) na tle zakażenia zimniczego.

W rozprawach zabierali głos wszyscy obecni.

III. Omawiano sprawę ubezpieczenia lekarzy w lekarskiej Kasie chorych. Następnie uchwalono: a) wezwać wszystkich kolegów okręgu nowosądeckiego, aby na receptach umieszczali znaczki, wydane nakładem Tow. Samop. lek., a które nabyć można od kol. Kaz. Flisa z Krakowa. b) Odezwę Tow. Samop. lek. co do sposobu pobierania honoraryów lekarskich uchwalono umieszczać na widocznem miejscu w poczekalniach lekarskich. Wreszcie c) uchwalono poczynić kroki przeciw zbyt wysokiemu, z roku na rok wzrastającemu opodatkowaniu lekarzy w okręgu nowosądeckim. *Dr. Edward Zieliński*, sekretarz.

* * *

## VII. Krynica, jej rozwój i jej obecne potrzeby.

Napisał

**Dr. B. Skórczewski.**

(Ciąg dalszy).

### III. Kąpiele wogóle

Brak kąpieli w Krynicy, to najcięższa jej choroba i to wzmagająca się coraz więcej tak, że możnaby obecnie nazwać to agonią, albowiem od czasu (przed 25 laty), gdy frekwencya osób wynosiła 2374, do dzisiaj, gdy frekwencya wynosi 6647 osób, pomnożono ilość wanien o 7, i to tylko jedną dobrą, a 6 złych, bo sposób ogrzewania okazał się niedobrym. Przed budową łazienek mineralnych w r. 1867 obliczono potrzebę wanien z ilości osób z pięciolecia, która wynosiła średnio rocznie 1139 osób i przyjęto 14 osób na jedną wannę. Gdy jednak łazienki wybudowano, już w pierwszym roku przypadała jedna wanna na 19 osób, a gdy ta ilość osób wzmogła się do 21, wybudowano w roku 1880 łazienki borowinowe. Ale przez to nie obniżyła się ta ilość osób na wannę, lecz wzrosła na 35 osób. I ciągle wzrasta to obciążenie wanny tak, że w roku 1894 wypada 43 osoby, a obecnie, t. j. w roku 1903, doszło do niemożliwej liczby 58 osób na jedną wannę. Na 58 przybyłych do Krynicy jest zaledwie mała cząstka, najwyżej $^1/_5$ nie leczących się; zostaje więc 46 osób, które mają przeprowadzić całe leczenie kąpielowe w jednej wannie.

Należy się jeszcze rozpatrzeć, wiele kąpieli wydać musi jedna wanna przez sezon. Gdy w pięcioleciu 1875 do 1879 roku wydawała wanna 357 kąpieli na sezon, poleciła dyrekcya dóbr państwowych wybudować łazienki borowinowe, ale już w roku 1889 jedna wanna wydawać musiała 437 kąpieli na sezon, a pod zarządem Namiestnictwa w roku 1894 wanna wydawać musiała 515 kąpieli; odtąd przez 10 lat następuje ciągły wzrost, tak, że w roku 1903 jedna wanna wydawać musiała aż 750 kąpieli na sezon.

Jeszcze jedno obliczenie. Pokojów dla gości jest w Krynicy 1500, a wanien dla leczących się jest 113, czyli na jedną wannę przypada 14 pokoi. Czyż więc należy budować pokoje, czy łazienki?

Doprawdy dziwnem jest, że prócz Juliusza Sieglera de Eberswald nikt poważnie o Krynicy, jako wielkiem przedsiębiorstwie, nie myślał. On rozumiał interes, robił wielkie wkłady i za jego czasów uderzająco zwiększała się frekwencya Krynicy. Z jego ustąpieniem nastaje coraz większy zastój, następuje coraz większe zapoznanie interesu, który właśnie wtedy należało całą siłą forsować, aby poprzednie wielkie wkłady, nierentowne lub mało rentowne, jakoto dom zdrojowy, wodociągi, drogi i t. p. wyrównać w dochodach wkładami, dającymi największą rentę. Dlatego wydzielono Krynicę z pod zarządu dóbr państwowych, a oddano Namiestnictwu, gdyż tu spodziewano się znaleźć więcej sił fachowych, któreby mogły skuteczniej działać i zdrojowisko rozwijać. Tymczasem Krynica nie znalazła tam nikogo, ktoby istotnie zrozumiał położenie, ktoby gruntownie znał jej sprawy i miał jasne pojęcie, jak się prowadzi wielkie przedsiębiorstwa, ktoby je prowadził z pewną myślą, ideą społeczną i z zamiłowaniem. Na dowód, że się tam załatwiało tylko „kawałki“ urzędowe, godzi się tutaj wspomnieć o działalności i stanowisku departamentu technicznego w Namiestnictwie wobec Krynicy.

Zaraz w pierwszym roku najgwałtowniejszą sprawą było odbudowanie zupełnie zepsutego mostu na drodze powiatowej, która się stała własnością obszaru dworskiego w zamian za drogę górną. Wtedy usilnie się starałem, aby ten most i małą część drogi odsunąć o kilka metrów od łazienek, a przez to je odsłonić, oraz aby tu postawiono most żelazny lub betonowy. Most betonowy najwięcej nadaje się dla Krynicy, bo jest trwały, tani i piękny. Stanął most drewniany na dawnem miejscu pomimo, że zakładano całkiem nowe, a gruntowne przyczółki. Ale cóż się okazało? Inżynier w jesieni wezwany do kolaudacyi znalazł, że przedsiębiorca wykonał wszystkie roboty dokładnie i ściśle według planów, jednak tego mostu nie można było przyjąć, gdyż jego wytrzymałość była o 25% niższą, niż być powinna. Trzeba więc było ten most łatać, aby uzyskać przepisaną wytrzymałość i wydać zapewne więcej pieniędzy, niżby potrzeba było na most trwały, a piękny.

Buduje się dwa domy „Korona“ i „Berło“ jako domy

wzorowe, aby stanąć w zawody z przedsiębiorcami budowlanymi w Krynicy, zmusić ich do obniżenia ceny mieszkań i pouczyć ich, jak mają być budowane mieszkania dla chorych. Smutnoby bardzo Krynica wyglądała, gdyby w czemkolwiek w budowie naśladowano te domy, osobliwie co do wielkości i wysokości pokojów, szerokości korytarzy, nie mówiąc o balkonach. Jeżeli nie mogliśmy się tu pouczyć o pierwszych zasadach higieny co do ilości powietrza na osobę w mieszkaniu dla chorych, to za to można było się nauczyć, jak budować domy, aby grzyb nawet dach zjadał. Z tym grzybem obywatele kryniccy wychodzą jeszcze obronną ręką, chociaż budują domy z drzewa, jako istotnie higieniczne, a rząd stawia je murowane i z grzybem ciągle toczy walkę. Dom zdrojowy grzyb tak doskonale zjadał, że całe podłogi były zniszczone, a festony grzyba wisiały na werendach. Zarządca A. Mravincsics usilnie pilnował inżyniera Wójcickiego, aby jak najszybciej wykonał plany i kosztorysy. Wysłano je z Krynicy do Namiestnictwa w marcu, aby je zaraz zatwierdzono i aby można rozpocząć roboty we wrześniu i ukończyć na następny sezon. Tymczasem pomimo ciągłych nalegań departament techniczny przez cały rok nic nie odpowiadał. Dzielny administrator nie uląkł się odpowiedzialności i nie mając zatwierdzenia planów, nie mając kredytu, zabrał się energicznie do roboty i wykończył wszystko przed sezonem, t. j. przed 15 maja, a plany zatwierdzone, ale kosztorys okrojony, przysłano mu z Namiestnictwa dopiero przy końcu czerwca.

Szczytem błogich dla Krynicy rządów departamentu technicznego były plany łazienek borowinowych, które oglądaliśmy, i historya tych planów, którą słyszeliśmy w czasie pobytu Eks. Namiestnika w Krynicy 12 maja 1904. Cały szereg lat opracowywano te plany, coraz to na innem miejscu z taką gruntowną znajomością rzeczy i potrzeb Krynicy, że w końcu na dużym placu poza teatrem, w miejscu dowolnem, a zupełnie nieodpowiedniem, literalnie przekopiowano plan starych łazienek borowinowych, które mogą służyć za doskonały wzór, jak łazienek borowinowych budować nie należy.

W „Kuryerze warszawskim“ z dnia 4 sierpnia 1904 roku, w korespondencyi z Krynicy, pisanej w tonie bardzo spokojnym, znajdujemy krótki, ale zwięzły ustęp. „Brak wszelki planu inwestycyi na przyszłość, zupełne nieliczenie się z rosnącą frekwencyą, tolerowanie np. takiego stanu, że połowa pacyentów nie prowadzi kuracyi dla braku kąpieli, albo oczekiwać musi po 10 dni, zanim znajdzie wolny bilet. Zakład hydropatyczny rządowy wali się ze starości, wodociągi niewystarczające, kanalizacyi zupełny brak — oto obraz działalności właściciela Krynicy, posiadającego środki, ale nie mającego ani krzty dobrej chęci do podniesienia jej“. Patrząc blisko 30 lat na rozwój Krynicy, godzę się ze wszystkimi zarzutami, oprócz ostatniego. Przyczyny obecnego upadku Krynicy upatruję nie w braku dobrej chęci właściciela, t. j. rządu, ale w tem, że kierownicy zdrojowiska nie znają całej sprawy, nie wtajemniczyli się w nią głębszemi studyami, nie umieją patrzeć na interes, a tem samem nie potrafią go prowadzić. Niema jednostki, któraby trzymając ster całego tego przedsiębiorstwa, znala je gruntownie i wszechstronnie i mogła samodzielnie działać. Jak wielką jest tutaj nieznajomość interesu, na dowód niechaj posłuży fakt, do ogłoszenia którego upoważniła mię osobistość z wysokiem stanowiskiem w ministerstwie. Ministerstwo rolnictwa wysłało do Namiestnictwa zapytanie: „w jakiby sposób można podnieść rentowność Krynicy? Na to pytanie Namiestnictwo dało zdumiewającą odpowiedź, iż przez podwyższenie taksy kuracyjnej.

Gdyby Namiestnictwo, obejmując Krynicę w 1894 r., było gruntownie obznajomione z całem przedsiębiorstwem zdrojowo-kąpielowem, to otrzymawszy z funduszu propinacyjnego trzy czy pięćkroć sto tysięcy złr. na inwestycye, powinno było zaraz rozpocząć swe prace z planem z góry określonym, a gruntownie opracowanym. Przedewszystkiem powinno było sobie zastrzedz, że z tego funduszu nie będzie pokrywało przez długi szereg lat zaniedbywanej konserwacyi, lecz wydatki na te cele będzie pokrywało z dochodów, które muszą uledz o tyle uszczupleniu, o ile je dawniej nadmiernie wyczerpywano ze szkodą majątku. Po tem zastrzeżeniu w planie gospodarczym na pierwszem miejscu powinna była stać budowa łazienek. W pierwszym roku, t. j. 1894 potrzeba było wybudować 74 kabiny, które licząc każdą po 3000 złr., kosztowałyby 220 000 złr. Poczem w roku 1901 należało znowu wybudować 50 kabin za 150.000 złr., czyli razem zwiększyć majątek o 372.000 złr. W tych warunkach zwiększyłaby się nieco frekwencya według obliczenia poprzednich 30 lat, ale znaczniebyby się zwiększyła ilość wydanych kąpieli, jak to było wtedy, gdy była dostateczna ilość wanien, mianowicie 18 kąpieli, zamiast 12 7, na średnią osobę frekwencyi. Że zaś to są kąpiele mineralne i borowinowe, przeto przyjmuję czysty zysk z kąpieli na 60 ct. Zestawiam tutaj

10 lat rządów Namiestnictwa w Krynicy

| rok | jakie były: osób | jakie były: kąpieli | jakie były: wanien | a jakie być powinny: wanien | zwiększenie kąpieli o | zysk czysty z kąpieli | osób | kapitał na wanny | 4% od kapitału | zysk nad 4% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1894 | 4623 | 54593 | 106 | 180 | — | — | 4623 | 222.000 | — | — |
| 1895 | 5099 | 62464 | — | — | 26240 | 15744 | 4928 | — | 8.880 | 6.864 |
| 1896 | 4577 | 53400 | — | — | 41154 | 24692 | 5253 | — | 8.880 | 15.812 |
| 1897 | 4945 | 55073 | — | — | 45691 | 27414 | 5598 | — | 8.880 | 18.534 |
| 1898 | 4732 | 54548 | — | — | 52858 | 31743 | 5964 | — | 8.880 | 22.863 |
| 1899 | 5026 | 69908 | 113 | — | 44572 | 27029 | 6360 | — | 8.880 | 18.149 |
| 1900 | 5882 | 73807 | — | — | 48215 | 28928 | 6779 | — | 8.880 | 20.048 |
| 1901 | 6268 | 77809 | — | 230 | 52259 | 31354 | 7226 | 372.000 | 8.880 | 22.474 |
| 1902 | 6343 | 79809 | — | — | 58827 | 35295 | 7702 | — | 14.880 | 20.415 |
| 1903 | 6647 | 84791 | — | — | 62989 | 37692 | 8210 | — | 14.880 | 22.912 |
| | | | | | | | | | 91.920 | 168.071 |

Ponieważ już w roku 1894 jedna wanna wydawała 515 kąpieli na sezon zamiast 300, a w roku 1903 wydawała 750, czyli dla 58 osób, przybyłych do Krynicy, na całe leczenie kąpielowe była przeznaczona tylko jedna wanna zamiast 3; przeto musiało się wydać znacznie mniej kąpieli, niż gdyby było tyle wanien, ile było potrzeba. Otóż jeżeliby zaraz pomyślano o kąpielach i włożono w budowę łazienek 222.000 złr., a po 7 latach znowu wybudowano nowe łazienki za 150.000 złr., to w tych 9 latach przyniosłaby ta inwestycya nietylko 4% od kapitału rocznie w kwocie 91.920 złr., ale nadto dałaby w tych 9 latach 168.000 zwyżki. Przyjrzawszy się zyskowi ponad 4% w poszczególnych latach, stwierdzamy, że wynosił on przeszło dwa razy tyle, co odsetki, zatem razem ta inwestycya dawała ponad 12%; przeto wobec tak wysokiego odsetka można było wykonać inwestycye, nie dające bezpośrednio żadnej renty, lub rentę bardzo nizką, jak kanalizacya, chodnik kryty, regulacya rzeki itp. Tymczasem przez całe 10 lat rządów Namiestnictwa zamiast całą siłą budować łazienki, jako najpotrzebniejsze i najrentowniejsze, zamiast dać 134 wanien za 372.000 złr., dopiero po 6 latach wysilono się na 7 wanien za 16.000 złr., a nadmienić jeszcze trzeba, że tylko jedna z tych wanien jest dobra, a 6 złych, bo woda jest bez gazu kwasu węglowego skutkiem złego sposobu ogrzewania. (C. d. n.)

## VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

* Otrzymaliśmy N. N. 2 i 3 czasopisma *„Bulletin officiel“*, organu międzynarodowego XV-go Kongresu lekarskiego w Lizbonie (19—26 kwietnia 1906 r.). Zawierają one najważniejsze uchwały Komitetu gospodarczego, sprawy bieżące, skład osobowy komitetów państwowych i narodowych; przytoczenie tytułów referatów i imiona znanych do tej pory referentów, organizacyę sekcyi i t. d. W skład Komitetu polskiego, pomieszczonego w dziale państwowym austryackim, pod napisem „Pologne“, wchodzą: prof. B. Wicherkiewicz (prezes), doc. K. W. Majewski (sekretarz), dr. W. Słapa (skarbnik) — wszyscy z Krakowa. Wbrew praktykom Kongresu madryckiego Komitet gospodarczy w Lizbonie udzieli legitymacyi członka Kongresu wyłącznie tylko lekarzom. Również, opierając się na doświadczeniu, nabytem na Kongresach poprzednich, zamierza Komitet zmniejszyć liczbę sekcyi. Nowością, a jak Komitet sądzi — ozdobą Kongresu będzie Wystawa kolonialna. Komitet rozesłał kwestyonaryusze, dotyczące dwóch ważnych spraw, mianowicie rumienia lombardzkiego (pellagra) i rozszerzenie się moskitów zimniczych.

* We Lwowie opuścił prasę podręcznik Dr. Legeżyńskiego pod tytułem: »Co to jest desynfekcya i jak się ją wykonuje?« Są to popularne wykłady dla służby, trudniącej się desinfekcyą, nad której zawodowem wyćwiczeniem pracuje Dr. Legeżyński słowem i piórem. Autor na wstępie daje ogólne pojęcie o istocie chorób zakaźnych i ich szerzeniu się; następnie w dziale drugim mówi o desinfekcyi w ogólności, przyczem poucza o desinfekcyi za pomocą gorąca i za pomocą środków chemicznych. Dział trzeci i ostatni poświęcony desinfekcyi szczegółowej, mianowicie o desinfekcyi podczas choroby zakaźnej i o desinfekcyi po chorobie zakaźnej.

Wykład Dr. Legeżyńskiego jasny, przystępny, spopularyzowany w miarę potrzeby; czyni zadość najistotniejszej potrzebie sanitarnych usiłowań naszych gmin. Desinfekcya atoli jest niezbędną tam wszędzie, gdzie może być zakaźna choroba, a zatem w każdej rodzinie i w każdym zakładzie: z tego powodu podręcznik, o którym, mowa ma powszechne zastosowanie w społeczeństwie, powinien się znaleźć w każdym domu i tą miarą należy oceniać zasługę autora, któremu za jego pożyteczną pracę należy się wdzięczność i jak najszczersze uznanie.

## IX. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 8 września.*

* Minister oświaty zamianował na rok szkolny 1904/5 następujących członków Komisyi egzaminacyjnej dla ścisłych egzaminów lekarskich: w Krakowie: Komisarzem rządowym starszego lekarza powiatowego Dr. G. Bielańskiego, jego zastępcą prof. St. Ponikłę. Koegzaminatorami przy II-gim egzaminie ścisłym: prof. Jaworskiego, prof. Pareńskiego i lekarza naczelnego miejscowej dyrekcyi kolei państwowej — Dra I. Zolla. Przy egzaminie III-cim: prof. Pieniążka, prof. Reissa i doc. Rutkowskiego.

We Lwowie: Komisarzem rządowym — radcę Dworu Dr. I. Merunowicza, jego zastępcą Dr. Barzyckiego; koegzaminatorami przy II-gim egzaminie ścisłym: prof. Bądzyńskiego, prof. Raczyńskiego, doc. Wiczkowskiego; przy III-cim: prof. Łukasiewicza, prof. Wehra, prof. Ziembickiego i prof. Schramma.

* Tegoroczny VI-ty międzynarodowy Kongres fizyologów w Brukseli zgromadził 260 uczestników. Wykładów i demonstracyi zgłoszono przeszło 160. Z Polaków wzięli udział w Kongresie: Rektor Cybulski z Krakowa, Mendelsohn z Paryża, Beck ze Lwowa i panie: Joteykówna, Stefanowska i Grużewska. Odczyty odbywały się w trzech salach instytutu Solvaya, dwa razy dziennie.

* Sanatoryum w Zakopanem »Bratnia Pomoc« potrzebuje lekarza. Stanowisko to jest najodpowiedniejsze dla kolegi, potrzebującego pobytu w Zakopanem dla siebie. Zarząd ofiaruje całkowite utrzymanie i skromne wynagrodzenie pieniężne. Szczegółowych warunków udzieli kierownik Sanatoryum, Dr. Józef Zychoń, w Zakopanem.

* Stan zdrowia Dra Szczeniowskiego, naczelnego lekarza ambulansu polskiego w Mandżuryi, zmusił go do powrotu do Warszawy. Stanowisko to zajął Dr. Kazimierz Orzeł, operator z Warszawy.

* Stopień doktorów medycyny w paryskim wydziale lekarskim otrzymali: Władysław Kania i Henryk Loewenhardt. Ten ostatni jest synem ś. p. Henryki Pustowójtówny, głośnej przed 40 laty z męztwa i poświęcenia, która na obczyźnie poślubiła Dra Loewenhardta, polaka i wychodźcę.

* Dr. T. Heiman (Warszawa, Sienna 2 B), objąwszy sprawozdania z otyatryi, rino- i faryngologii w »Centralblatt f. Ohrenheilkunde«, uprasza autorów polskich prac z tego zakresu o nadsyłanie odbitek jaknajrychlej po wydrukowaniu.

* W azyatyckich posiadłościach Rosyi, w szczególności w Merwi, wybuchła cholera, urzędownie stwierdzona i podana do powszechnej wiadomości.

* Liczba lekarzy w Niemczech, jakby na przekorę potęgującej się biedzie, wzrasta niepomiernie: w r. 1876 było ich 13.728, w 1902 zaś — 29,133. Nadmiar lekarzy uczuwać się daje nie tylko po miastach, ale także i po wsiach. Na opłakany byt wielkiej części lekarzy niemieckich wpływa bardzo szerzenie się partactwa, jakiego niema w żadnem innem państwie. W miarę tego, jak lekarze organizują się w celu zapobieżenia wszelkiego rodzaju wyzyskowi, społeczeństwo niemieckie usuwa się od uprawnionego zawodu lekarskiego i oddaje się w opiekę partaczy wszelkich odcieni.

* Rada lekarska w Petersburgu uznała, że niema prawnej podstawy, by wzbraniać lekarzom pisania recept nie po łacinie, lecz w jakimkolwiek innym języku; jednakże aptekarze nie są obowiązani na takie recepty wydawać lekarstw.

* Opieka nad ociemniałymi pozostawia w Austryi wiele do życzenia. Emil Wagner, dyrektor zakładu ciemnych Klara oblicza, że w całej Austryi jest 88·7% ciemnych bez opieki; najmniej w Austryi niższej (57·84%), najwięcej (jak zwykle) w Galicyi (97·1%, to jest 4716, wobec 2·9%, czyli 140 otoczonych opieką) i na Bukowinie, gdzie jest 449 ciemnych, a niema wcale zakładu. Ciekawem jest spostrzeżenie Wagnera, że ze znajdujących się w zakładach w r. 1890 było ociemniałych wskutek śluzoropotoku noworodków 23·7%, a w r. 1900, pomimo rozpowszechnienia się zabiegu Credégo, było ich 25·5%. Wagner oblicza wreszcie, że z obecnie ociemniałych możnaby było 44% uchronić od tego strasznego kalectwa, a więc niemal połowę!

* Liczba słuchaczek medycyny w Szwajcaryi przewyższyła w r. b. liczbę słuchaczy. Pierwszych bowiem było 891, drugich zaś tylko 763. Ta przewaga zależy od napływu cudzoziemek głównie z Rosyi.

* W roku bieżącym mija sto lat od odkrycia morfiny przez aptekarza Sertünera.

* Na terenie wojny rosyjsko japońskiej wzrasta potrzeba lekarzy. Rosyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża w Petersburgu werbuje ochotników nawet między słuchaczami ostatnich 3 lat medycyny. Lekarze-ochotnicy otrzymują 500 rubli na wyprawę, 350 rubli miesięcznie i 3 ruble dyety dziennie. W Charbinie, gdzie przebywa bardzo wielu lekarzy, zawiązano nawet „Czasowe Towarzystwo lekarzy na Wschodzie“ przy udziale 96 członków.

* W Monachium dopiero teraz mają rozpocząć się próby z jednorazową nauką w szkołach średnich, oddawna zaprowadzoną w Galicyi. Przecie raz wyprzedziliśmy naszych zachodnich sąsiadów w ważnej reformie higienicznej!

* Między 14 a 20 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.), przemyskim (1 gm.), rawskim (3 gm.), skałackim (1 gm.), turczańskim (3 gm.), zaleszczyckim (1 gm.), złoczowskim (3 gm.).

**Nekrologia.** Dr. Leon Patkowski, lekarz powiatu sandomirskiego, lat 42, odebrał sobie życie. Dr. Adolf Hofrichter, z Łodzi, zmarł w Berlinie w 44 r. życia. Dr. Riegel, prof. kliniki lekarskiej, w Giessen, zmarł w Ems. Dr. Bax — prof. kliniki lekarskiej w Amiens.

**Mianowania.** Dr. Bukoyemski, mianowany został docentem położnictwa i ginekologii w Odesie. Dr. A. Meyer mian. dyrektorem zakładu bakteryologicznego w Bremie. Dr. Grünbaum mian prof. patologii w Leeds. Doc. fizyologii w Tybindze, Dr. Bürker, otrzymał tytuł profesora. Dr. Kulabko mian. profesorem zwyczajnym fizyologii w Tomsku. Doc. Szymanowski mian. prof. nadzwyczajnym okulistyki w Kijowie. Doc. Martynow mian. profesorem nadzwyczajnym chirurgicznej patologii w Charkowie.

**Bibliografia:**

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Sterling: Badania nad czuciem wibracyjnem i jego znaczeniem klinicznem. Greliński: Kilka słów o leczeniu nowotworów pęcherza (dok.).

— *Medycyna* Nr. 35. Halpern: Miejscowy wpływ wzmożonej czynności mięśni na nieprawidłowe odżywianie skóry. Smoleński: O znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci.

— *Ginekologia* Nr. 7. Mars: Klinika położniczo-ginekologiczna lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 17: — Towarzystwo samopomocy lekarzy. Langie: Położenie materyalne lekarzy praktyków w miastach. F. Jaworski: Inkamerowanie lekarzy (wspomnienie historyczne). — Lekarz rzeczoznawca, jako świadek sądowy. Mikołajski: Taryfa lekarska. — Przeciw specyfikom. Szamed: O taksie sądowolekarskiej i o lekarzach sądowych.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 11. Zygm. Rosner: Hipoteza Dr. Garrigon. Skórczewski: Komisya zdrojowa (klimatyczna). Z. Rosner: Jeszcze kilka słów w sprawie centralnego składu.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 35. Libenský: Užiti paprsků Roentgenových ve vnitřnim lékařstvi. Návrat: O samovraždě. Prettner: O ziskáni a účinnosti léčivého séra proti plicni nákaze prasat a moru vepřovému. Černicky: O chorobách sdělných, léčených ve Vinohradsko-Žižkovské nemocnici.

— *La Presse médicale* Nr. 68. Azonlay: Włókienka nerwowe według metody badania i prac Ramon-y Cajala. Clément: Przyczynek do badań etyologicznych gruźlicy po wsiach.

Nr. 69. Gilbert i Lippmann: Pierwiastek fosforowo-organiczny ziarn roślinnych. Kwas anhidrooksymetylenowo-dwufosforowy i jego działanie biologiczne. Mally: Niedomoga czynnościowa stawu barkowego z punktu widzenia wypadków przy pracy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 35. Tendelvo: Wsteczne przerzuty bakteryi komórek nowotworowych i pyłu drogą limfatyczną z klatki piersiowej do jamy brzusznej, szczególnie do gruczołów koło tętnicy głównej. Sippel: Określanie wskazań w ginekologii. Aulhorn: Doświadczenie co do znieczulania miejscowego w praktyce poliklinicznej. Rieder: Badanie radiologiczne żołądka i jelita u ludzi żyjących. Harrass: O częstości powikłań ostrego gośćca stawowego, szczególnie w zakresie serca. Burger: O użyciu wielkich dawek sporyszu w położnictwie. Pfister: Wścieklizna a uraz. Scheier: O rzadkiem uszkodzeniu jamy bębenkowej. Bardenheuer: Akademia medycyny praktycznej w Kolonii. Pollnow: Heisrath Pagel: Uwagi o pracy Rotha p. t.: »Historya medycyny a Hipokrates«.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Pel: Niedomoga mięśniowa (*myasthenia*) rzekomoporaźna (choroba Erba) po wysileniu z następowym zanikiem języka. Kölpin: Osobliwy zbiór objawów po postrzale w skroń. Rey: Samowolne oddawanie moczu u dzieci. Tallquist: Zastosowanie papieru do sączkowania na usługach praktyki hematologicznej. Zabludowski: Mięsienie w celach kosmetycznych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35. Hofbauer: Przyczynek do nauki o łożyskowem przechodzeniu białka z matki na płód. Riedl: Miesiączka przedwczesna i mięsak jajnika. Pollak: Przypadek zgorzeli szpitalnej na tle wrzodu podudzia. Stegmann: Przypadek zaniku policzka i jego leczenie kosmetyczne.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 36 Bötticher: Metoda Becka operowania spodziectwa (*hypospadiatis*). Rosenstein: Fizykalne doświadczenia w celu wyjaśnienia jednego, nieuwzględnianego do tej pory niebezpieczeństwa przy operacyi Bottiniego. Ury i Alexander: Nieprawidłowości w kale przy schorzeniu trzustki. Moritz: Przyczynek do kazuistyki plamicy Werlhofa. Brüning: Zakaźna żółtaczka z gorączką (choroba Weila) u dzieci, zarazem przyczynek do sprawy chorobotwórczości *bacillus protens fluorescens* (dok.).

**Redakcya otrzymała:** Legeżyński: Co to jest desynfekcya i jak się ją wykonuje? Radziszewski: Wiedza tajemna.

## Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 35 (od 28/VIII do 3/IX) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 31, dz. 22; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 10, kob. 10; zamiejscowych: męż. 21, kob. 16.

**Przyczyna śmierci:** 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 11. 3) zapalenie płuc: miej. 4 ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 6, ob. —. 14) cholera swojska: miej. 1, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 1, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 2 ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 7, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. Razem miej. 37, obcych 22.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

## Laboratoryum chem. farm. „Hygea“ M. Zahradnika aptekarza w Złoczowie.

### Kapsułki lecznicze „HYGEA“

uznane przez Tow. lekarskie krakowskie

**za najtańsze i najlepsze**

w pudełkach oryginalnych po 50 i 100 szt. oznaczonych stałemi cenami, napełniane: Creosotaler: (»Heyden«), Duotalem (»Heyden«), kreosolem, guajakolem, bromkiem kamfory, ichtyolem, mentolem, morrhuolem, myrtolem, olejkiem terpentynowym, terpinolem, wyciągiem paproci, granata i szaruchą i w. i. lekami.

**UWAGA:** Aby uniknąć droższych, o wątpliwej jakości i dawce wyrobów upraszam dodawać na receptach: **»fabr. Zahradnik in scat. orig«.**

Z nowości polecam **kapsułki z Ol. Ligni Cedri atlantica** (Libanol Boisse).

### Dziurkowane Pastylki sublimatowe „ZAHRADNIK.“

Zaletą dziurkowanych pastylek jest: **bardzo łatwa rozpuszczalność, dokładność dawek i taniość.**

Powtórne orzeczenie komisyi przemysłowo-lekarskiej: »Stwierdzono, że pastylki dziurkowane ze sublimatem M. Zahradnika, wyrób pod każdym względem znakomity, znaleźć powinne powszechne zastosowanie w praktyce chirurgicznej i położniczej«.

Proszę przepisywać i żądać tylko:

**Pastilli Sublimati perforati „Zahradnik.“**

### Pigułki »Cascarheo«*)

sporządzone według przepisu:

Rp. *Extr. Casc. sarg.*
*„ Rhei chin. ana 0.10*
*Magn. hydrooxyd.*
*Glycerini puri*
*Spir. rect. q. s.*
*ut fiat pilula una.*
*Obduce cum Collodio.*
*Dentur ad scat. minor. 25 pilulae*
*ad scat. major. 50 „*

zastępują w zupełności podobne wyroby niemieckie.

**Do nabycia w pudełkach po 80 h. i 1 K. 50 h.**

*) Prawnie zastrzeżone.

**Próbki i cenniki wysyła na żądanie opłatnie.** 106

---

## Sławne na cały świat źródła:

# VICHY

własność francuskiego Państwa.

Administracya

**Paryż, 24 Boulevard des Capucines 24.**

**Polecane przez pierwsze powagi lekarskie:**

**Celestins:** w chorobach nerek, cierpieniach dróg moczowych, w dnie i cukrzycy.

**Grande-Grille:** w kolkach wątrobnych i kamykach żółciowych, w zastojach w zakresie organów jamy brzusznej.

**Hôpital:** we wszystkich niestrawnościach.

**Przetwory:** sole do kąpieli i picia, pastylki.

**Składy we wszystkich składach wód mineralnych i aptekach.**

**Prawdziwe tylko wtedy, jeśli kapsle i etykiety noszą firmę źródła.**

Należy zawsze podawać dokładnie nazwę żądanego zdroju. 101

---

## SYNAPIZMY »AUSTRIA«

polecone przez

Szanowne Krakowskie Towarzystwo lekarskie

wyrabia 130

**DÜSSELDORFSKA FABRYKA**

KRAKÓW - ZWIERZYNIEC.

*„Wni Panowie Lekarze raczą łaskawie polecać do użytku ten jedyny wyrób krajowy polski, lepszy i tańszy od wszelkich Rigollotów i Rigolletów zagranicznych“.*

---

**Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.**

**Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem**

# LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

**składu 0·60% Fe i 0·10% Mn wyrobu**

**APTEKARZA D. MATULI W PODGÓRZU.**

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, braku krwi, malaryi, zołzach, w kobiecych i nerwowych słabościach.

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dnia po łyżce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dnia po łyżce stołowej.

**Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 korony.**

Wyrób krajowy tańszy o 25% od takiegoż niemieckiego Dr. Gudego w Lipsku 86

Dwie flaszki wysyłam franco

---

**Chemiczna fabryka Dr. Fritz & Dr. Sachsse**
Sollenau, st. kolei południowej.

# ALBOFERYNA

**Kantor Wien, I, Naglergasse 21.**

jest łatwo rozpuszczalnym, bez zapachu i smaku **środkiem odżywczym i wzmacniającym,** zawierającym żelazo i fosfor organicznie wysokodrobinowo z białkiem połączone.

**90·14% białka, 0·68% żelaza, 0·324% fosforu.**

**Proszek alboferyny 50 grm. K. 2·60, Kołaczyki-alboferynowe czyste 100 sz. k. 1·50, Kołaczyki-alboferynowe czekoladowe 100 sz. K. 1·80.**

Alboferynę stosowali klinicyści i lekarze pryw. z doskonałym wynikiem: w niedokrewności, w blednicy, krzywicy, zołzach, neurastenii, braku łaknienia, niestrawności, gruźlicy, utracie krwi, chorobach nerek, u ozdrowieńców i u karmiących.

Alboferyna pobudza **w znacznym stopniu łaknienie, podnosi ciężar ciała, wzmacnia układ nerw., jałowa, trwała.** 96

P. P. lekarzom próbki i literatura na żądanie.

**Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych.**